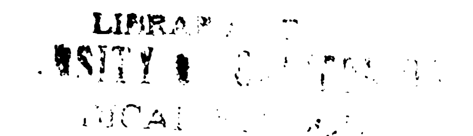




FORTSCHRITTE DER MEDIZIN



30. Jahrgang 1912.

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von

Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.

Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 28.	Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin.	11. Juli.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Über die amaurotische Idiotie.

Von Dr. Schob,, Oberarzt an der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Dresden.[1])

Bei den nahen anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Beziehungen zwischen nervösem Sehapparat (d. Netzhaut, Sehleitungsbahnen, Sehzentren) und dem übrigen Gehirn ist es nicht verwunderlich, dass Erblindung und Imbezillität bezw. Idiotie, wozu hier nicht nur die angeborenen, sondern auch die im Kindesalter erworbenen Zustände gerechnet werden sollen, sich in ganz verschiedener Weise miteinander kombinieren können. So können schwerere Entwicklungsstörungen des Gehirns, die Schwachsinn oder Idiotie im Gefolge haben, sich gleichzeitig auf den nervösen Sehapparat erstrecken, so können Erkrankungen wie Hydrozephalus, Meningitis u. a. gleichzeitig zu Erblindung und Idiotie führen; weiter ist mehrfach bei den eigenartigen heredodegenerativen, auf einer abnormen Veranlagung beruhenden Erkrankungen, so der Retinitis pigmentosa, der familiären Optikusatrophie, gelegentlich aber auch bei hereditären Erkrankungen mit Motilitätsstörungen, so z. B. bei den cerebello-spinalen Ataxieformen u. a. Amaurose und Idiotie gleichzeitig beobachtet worden. In näherer Beziehung zu diesen Erkrankungen stehen gewisse Erkrankungen, die auf dem Boden der hereditären Lues erwachsen und ebenfalls Idiotie und Amaurose verursachen können, so z. B. die juvenile Paralyse, aber auch andere luetisch bedingte Erkrankungen. Diese Beispiele mögen genügen, um zu zeigen, wie Idiotie und Amaurose sich infolge verschiedenartiger Prozesse miteinander verknüpfen können. Während aber diese Verknüpfung bei den erwähnten Krankheiten durchaus nicht gesetzmässig zu finden ist, kennen wir jetzt eine Erkrankung, die bis zu einem gewissen Grade gesetzmässig diese Koinzidenz von Amaurose oder wenigstens Sehschwäche und Idiotie aufweist. Diese Erkrankung ist die amaurotische familiäre Idiotie, über die ich im folgenden einen kurzen Ueberblick geben will.

Wir unterscheiden zur Zeit zwei Haupttypen der Erkrankung, die infantile und die juvenile Form. Zuerst wurde die infantile Form be-

---

[1]) Nach einem Vortrag in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden am 25. 11. und 2. 12. 1911.



kannt. Die ersten Fälle wurden 1881 von dem amerikanischen Augenarzt Warren Tay veröffentlicht; erst wesentlich später wurde auch von psychiatrisch-neurologischer Seite, namentlich von Sachs und anderen Aerzten die Krankheit studiert, in neuester Zeit hat sich besonders Schaffer um die Erforschung der anatomischen Grundlagen verdient gemacht. Die infantile Form wird deshalb auch als Tay-Sachs-Schaffer'sche Form bezeichnet.

Der typische, in vielen Fällen „mit fast photographischer Treue sich wiederholende" Krankheitsverlauf ist etwa der folgende:

Meist gegen Ende des ersten Lebenshalbjahres oder wenig später werden bis dahin lebhafte und gesunde Kinder allmählich matter, zeigen Neigung zu Schlafsucht; oft fällt schon frühzeitig auf, dass die Kinder vorgehaltene, glänzende Gegenstände nicht mehr fixieren und nicht mehr mit den Augen verfolgen; gewöhnlich entwickelt sich dann rasch zunehmend völlige Amaurose, bei der ein ganz charakteristischer ophthalmoskopischer Befund zu erheben ist: an Stelle der Macula ist ein bläulich-weisser heller, runder oder ovaler Fleck, meist etwas grösser als die Papille, mit einem dunkleren Punkt im Zentrum, nachweisbar. Wiederholt ist von ophthalmoskopischer Seite darauf hingewiesen worden, dass das ophthalmologische Bild eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Befunde bei Embolie der arteria centralis retinae hat; die Papille zeigt gewöhnlich das Bild der einfachen Atrophie; die Pupillen sind meist nicht vollkommen lichtstarr; manchmal entwickelt sich Strabismus oder Nystagmus. Daneben kommt es sehr bald zu ausgesprochenen Lähmungserscheinungen in Stamm- und Extremitätenmuskulatur: die Kinder können den Kopf nicht mehr heben, die Beweglichkeit der Arme und Beine nimmt ab. Die Lähmungen sind seltner vom spastischen, meist vom schlaffen Typus; sie entwickeln sich doppelseitig. Die Sehnenreflexe können erhöht sein oder fehlen, manchmal sind sie auch normal. Im weiteren Verlauf entwickelt sich ein stetig fortschreitender physischer und psychischer Marasmus; die kleinen Patienten liegen regungslos und völlig interesselos im Bett, die Nahrungsaufnahme wird ungenügend. Meist noch vor vollendetem 2. Lebensjahr, selten später, tritt der Tod ein.

Zwei weitere charakteristische Merkmale vervollständigen das Krankheitsbild: das eine, ganz besonders wichtige Merkmal ist die ausgesprochene Prädisposition der jüdischen Rasse. Nach einer öfters zitierten Zusammenstellung von Heveroch, die sich über 68 Fälle erstreckt, stammten nachweisbar 61 aus jüdischen, nur 7 aus nichtjüdischen Familien. Als zweites Merkmal ist noch die Neigung zu familiärem Auftreten zu nennen; mehrfach ist bei 2, 3 und mehr Kindern derselben Eltern die Krankheit beobachtet worden, doch sind auch schon viele Fälle bekannt, wo nur ein Kind von der Erkrankung befallen war.

Die infantile oder Tay-Sachs-Schaffer'sche Form der amaurotischen Idiotie ist also, um nochmals zusammenzufassen, durch folgende Hauptmerkmale charakterisiert:

1. Beginn im Säuglingsalter, Tod meist gegen Ende des zweiten Lebensjahres.

2. Progressiver körperlicher und geistiger Verfall mit Lähmungserscheinungen.

3. Amaurose; Nachweis eines runden bläulich-weissen hellen Flecks mit dunklerem Zentrum



in der Maculagegend; gewöhnlich Optikusatrophie.

4. Neigung zu familiärem Auftreten.

5. Ausgesprochene Prädisposition der jüdischen Rasse.

Vor einigen Jahren zeigten nun H. Vogt und fast gleichzeitig Spielmeyer, dass auch in der weiteren Kindheit und auch noch zu Anfang der Pubertätsjahre Krankheitsbilder zur Entwicklung kommen, die grosse Aehnlichkeit mit der schon seit längerer Zeit bekannten Tay-Sachs'schen Krankheit aufweisen. Die Richtigkeit dieser Annahme fand auch sehr bald durch anatomische Untersuchungen eine Bestätigung. Die Fälle von diesem Typus fasst man unter dem Namen der juvenilen oder Vogt-Spielmeyer'schen Form der amaurotischen Idiotie zusammen.

Die Patienten dieser Gruppe erkranken gewöhnlich in der Zeit zwischen dem 4. und 16. Lebensjahre, meist zur Zeit der 2. Dentition. Bei vorher gut oder leidlich entwickelten Kindern tritt Stillstand der geistigen Entwicklung und sehr bald auch geistiger Rückgang ein; die Kinder lernen schlechter; ältere Kinder verlernen Lesen und Schreiben, schliesslich auch das Sprechen; mehr oder weniger rasch kommt es zu völliger Verblödung; Erregungszustände können das Bild komplizieren; überhaupt gestaltet sich das Bild der psychischen Störungen infolge des weiter fortgeschrittenen geistigen Entwicklungszustandes bei Beginn der Erkrankung und infolge des weniger foudroyanten Verlaufs mannigfaltiger als bei der infantilen Form. Im weiteren Verlauf werden die Patienten auch unrein mit Kot und Urin. Auch hier sind Lähmungserscheinungen von schlaffem oder spastischem Typus häufig, aber sie sind doch nicht so konstant wie bei der infantilen Form und treten gewöhnlich erst gegen Ende der Krankheit auf. Die Sehnenreflexe verhalten sich ähnlich wie bei dem infantilen Typus; völliges Fehlen scheint aber selten zu sein. Der Tod erfolgt nach kürzerer oder längerer Dauer; nach den bisherigen Beobachtungen schwankt die Krankheitsdauer zwischen 2 und 19 Jahren; das höchste bis jetzt bei einem anatomisch sichergestellten Falle beobachtete Lebensalter beträgt 26 Jahr; der Beginn war in diesem Falle bis auf das 7. Lebensjahr zurück zu datieren.

Mit dem Eintritt der geistigen Veränderungen, manchmal schon früher, stellt sich Abnahme der Sehkraft ein; sie kann sich bis zu völliger Amaurose steigern, doch sind auch Fälle bekannt, wo es nicht zu völliger Blindheit gekommen ist; ich selbst habe kurze Zeit einen mit 4 Jahren erkrankten, mit 8 Jahren verstorbenen Knaben beobachten können, bei dem sicher keine völlige Blindheit bestand. Das Verhalten der Pupillen ist verschieden beschrieben worden; öfters ist Fehlen, mehrfach aber auch Erhaltenbleiben der Lichtreaktion gefunden worden. Sehr stark variiert der Augenspiegelbefund bei den verschiedenen Fällen — ich will hier im wesentlichen nur anatomisch sicher gestellte berücksichtigen —: nur einmal fand sich eine nicht ganz typische Maculaveränderung, von der unsicher erschien, ob sie sich, aus einer typischen Maculaveränderung entwickelt haben könnte; in drei von vier Spielmeyer'schen Fällen bestand typische Retinitis pigmentosa ohne Optikusatrophie; öfter wurde einfache Optikusatrophie ohne Retina- oder Maculaveränderung festgestellt; trotz völliger Lichtstarre der Pupillen und Amaurose konnten mehrfach weder an Retina noch



Optikus ophthalmoskopische Veränderungen konstatiert werden.

Prädisposition der jüdischen Rasse besteht nicht; fast alle der bisher beschriebenen Fälle stammen vielmehr aus nicht jüdischen Familien. Dagegen zeigt auch die juvenile Form Neigung zu familiärem Auftreten.

Es gleichen demnach die juvenilen Fälle dem infantilen Typus insofern, als erstens fortschreitende Abnahme der Sehkraft bezw. Amaurose, zweitens fortschreitender körperlicher und geistiger Verfall, häufig verbunden mit Lähmungserscheinungen, drittens Neigung zu familiärem Auftreten vorhanden sind.

Das klinische Bild der juvenilen Form unterscheidet sich aber, ganz abgesehen von dem späteren Beginn und dem meist langsameren Verlauf der Erkrankung, insofern wesentlich von dem infantilen Typus, als erstens ein charakteristischer ophthalmoskopischer Augenbefund fehlt, zweitens Prädisposition der jüdischen Rasse nicht vorhanden ist.

Wenn die Einteilung der amaurotischen Idiotie in diese beiden Typen bis jetzt im grossen und ganzen als berechtigt bezeichnet werden kann, so muss doch hervorgehoben werden, dass bereits jetzt eine Reihe von atypischen Fällen beobachtet worden sind, die eigentlich in keine der beiden Gruppen mit ihrer jetzigen Umgrenzung recht hineinpassen. So wird von Beobachtungen berichtet, wo die Erkrankung mit typischen Erscheinungen im Säuglingsalter begonnen, aber weit über das 2. Lebensjahr hinaus sich erstreckt haben soll; weiter sind Fälle beobachtet, wo die Erkrankung im Säuglingsalter begonnen, aber ohne typische Maculaveränderungen verlaufen sein soll usw. Jedenfalls ist das genauere Studium solcher nach ihrem zeitlichen Verlauf und ihren Symptomen atypischer Fälle für die weitere Erforschung der Erkrankung von besonderer Bedeutung; meiner Meinung nach wird es besonders wichtig sein, festzustellen, ob es tatsächlich infantile Fälle von längerer Verlaufsdauer gibt, und ob die Erkrankung auch in der Zeit vom 2. bis 4. Lebensjahr vorkommt. An dieser Stelle soll auf diese atypischen Fälle nicht weiter eingegangen werden, zumal anatomisch noch in keinem dieser Fälle die Zugehörigkeit zur amaurotischen Idiotie durch pathologisch-anatomische Untersuchungen erwiesen worden ist.

Ehe ich mich der Besprechung der Diagnose und der differentialdiagnostischen Abgrenzung der amaurotischen Idiotie zuwende, will ich zunächst auf die pathologische Anatomie und die nosologische Stellung der Erkrankung kurz eingehen.

Der amaurotischen Idiotie liegt ein ganz charakteristischer pathologisch-anatomischer Befund zu Grunde; nur wenn dieser charakteristische Befund bei einem Fall von Idiotie mit Blindheit erhoben werden kann, ist die Zurechnung des Falles zur amaurotischen Idiotie berechtigt. Dieser pathognomische Befund besteht in einer eigenartigen, im gesamten Zentralnervensystem einschliesslich der Spinalganglien nachweisbaren Erkrankung der Ganglienzellen. Die Ganglienzellen erleiden eine Schwellung und Aufblähung, die den Zellkörper im ganzen oder partiell betrifft; sie verlieren dabei ihre



mehr eckigen Formen, runden sich unter Vergrösserung ihres Volumens ab, Pyramidenzellen nehmen häufig eine eigentümliche Ballonform an. Dieser Schwellungsprozess kann auf die Dendriten übergreifen, so zeigen an den Grosshirnrindenzellen oft die basalen Dendriten starke lokale Auftreibungen, auch die Fortsätze der Purkinje'schen Zellen des Kleinhirns weisen manchmal enorme lokale Erweiterungen auf. Untersucht man eine solche Zelle näher, so zeigt sich der Zellinhalt in charakteristischer Weise verändert; im Bereich der geblähten Zellpartie, bei total geblähten Zellen im Bereich der ganzen Zelle, sind die Tigroid- oder Nisslkörper geschwunden, an ihrer Stelle findet sich ein feinmaschiges Gewebe oder staubförmiger Detritus; in partiell erkrankten Zellen sieht man um den Kern, der in sehr vielen Zellen exzentrisch liegt, noch eine mehr oder minder grosse Zone mit normalen Nissl-Schollen. Und die Untersuchung verschieden schwer erkrankter Zellen lehrt, dass die Erkrankung nicht auf einmal die gesamte Zelle befällt, sondern sich von einem oder mehreren Herden aus allmählich über den gesamten Zellkörper ausdehnt. Doch nicht nur beim Studium der Nisslbilder, sondern auch bei der Fibrillenfärbung ergibt sich ein charakteristisches Bild. Während die Achsenzylinder und die sogenannten Aussenfibrillen der Zellen in der Hauptsache erhalten bleiben, zeigen die endozellulären Netze zuerst weitgehend Auflockerung, in schwerer erkrankten Zellen Auflösung in Detritus.

Diese Ganglienzellerkrankung in ihrer Verbreitung über das gesamte Zentralnervensystem — die Zellen der Retina erkranken in gleicher Weise — ist der typische Befund bei der amaurotischen Idiotie. Die infantile und die juvenile Form unterscheiden sich nur hinsichtlich der Intensität der Erkrankung. Bei der Tay-Sachs'schen Krankheit ist die Zellerkrankung stets besonders hochgradig entwickelt; die Hirnrindenzellen sind sämtlich fast ausnahmslos total gebläht, Tigroidkörper und endozelluläre Netze hochgradig zerstört, nur in den entwicklungsgeschichtlich älteren Partien des Zentralnervensystems finden sich auch partiell erkrankte Zellen; bei einer Zahl von juvenilen Fällen sind in der Rinde zum grossen Teil partiell erkrankte Zellen und daneben normale Zellen gesehen worden, und auch im Hirnstamm, Medulla oblongata und Rückenmark erschien die Zellerkrankung weniger ausgedehnt, als bei der Sachs'schen Form. Eine scharfe Unterscheidung zwischen infantiler und juveniler Form ist aber nicht möglich; das pathologische Bild zeigt vielmehr fliessende Uebergänge zwischen beiden Formen insofern, als auch bei manchen juvenilen Fällen von ganz verschieden langer Krankheitsdauer das Bild der Zellerkrankung mehr dem der infantilen Form entsprach.

Alle anderen mikroskopischen Veränderungen, die bei der Erkrankung nachgewiesen werden konnten, tragen sekundären Charakter; so vor allem gewisse Wucherungserscheinungen am gliösen Gewebe. Entsprechend den stärkeren Ganglienzellveränderungen bei der Tay-Sachs'schen Krankheit sind sie hier gewöhnlich stärker ausgeprägt als bei der juvenilen Form.

Bei gewissen Veränderungen am Markscheidenbild, die bei der Tay-Sachs'schen Form nicht selten beobachtet werden, handelt es sich, wie Schaffer gezeigt hat, um Störungen in der Markreifung, be-



dingt durch die frühzeitige Erkrankung der Ganglienzellen; bei der juvenilen Form ist das Markbild normal.

Wesentlich ist, dass bei der infantilen wie bei der juvenilen Form der amaurotischen Idiotie entzündliche exsudative Erscheinungen am Gefässapparat völlig fehlen.

Der makroskopische Befund am Zentralnervensystem ist bei der Tay-Sachs'schen Form ganz negativ; bei der juvenilen Form sind öfters mehr oder weniger starker Hydrocephalus externus, chronische Leptomeningitis, mässige Atrophie des Gehirns, einmal auch eine Entwicklungsstörung des Kleinhirns gefunden worden.

Die ausgeprägte Rassendisposition bei der infantilen Form, die vielfach konstatierte Neigung zu familiärem Auftreten, der eigenartige pathologisch-anatomische Befund, alle diese Momente drängen zur Annahme, dass die amaurotische Idiotie ein endogen bedingtes Leiden ist, dass es sich um eine endogen bedingte Erkrankung der Nervenzellen handelt. Die Ganglienzellen sind abnorm veranlagt; bei zuerst anscheinend normalem Bau und teilweise auch normaler Funktion der Ganglienzellen tritt diese abnorme Veranlagung in einem abnorm frühzeitigen Verbrauch des Zellplasmas zu Tage; und zwar erkrankt offenbar unter Quellungserscheinungen, bei der infantilen Form früher, bei der juvenilen etwas später, das interfibrilläre Hyaloplasma, das für die normale Funktion des Nervensystems demnach von grösster Bedeutung sein muss. Im Hyaloplasma kommt es zu Aufbrauchserscheinungen (Edinger), die Fähigkeit zu genügendem Wiederanbau der verbrauchten Substanzen aber fehlt. Die funktionelle Inanspruchnahme der Nervenzellen spielt dabei vielleicht eine wichtige Rolle; doch ist bemerkenswert, dass bei der infantilen Form auch an Stellen des Zentralnervensystems, die noch gar nicht zur funktionellen Inanspruchnahme ausgereift sind, die schwere Zellerkrankung nachweisbar ist.

Wenn die Erkrankung als endogene aufzufassen ist, so ist sie der grossen Gruppe der heredo-degenerativen Erkrankungen des Zentralnervensystems zuzurechnen, und es liegt nahe, sie mit anderen heredodegenerativen Nervenleiden in Vergleich zu setzen. Ich will auf diese Fragen nicht näher eingehen; nur eins sei hervorgehoben. Das besondere Merkmal der amaurotischen Idiotie gegenüber den meisten der anderen heredo-degenerativen Erkrankungen liegt darin, dass die abnorme Veranlagung sich nicht auf einzelne Systeme — wie z. B. bei den Muskeldystrophieen, bei den hereditären Ataxieformen, bei der Retinitis pigmentosa usw. — sondern auf den ganzen Nervenzellapparat erstreckt.

Die eigentliche Ursache, durch welche die abnorme Anlage der Ganglienzellen hervorgerufen wird, ist uns noch nicht bekannt; ob durch Lues eine entsprechende Keimschädigung erzeugt werden kann, ist zur Zeit noch unsicher. Die Beobachtung von Spielmeyer lässt einen solchen Zusammenhang als nicht ganz unmöglich erscheinen; nach der Veröffentlichung dieses Autors hatte der Vater der von ihm untersuchten 4 amaurotischen Geschwister sich angeblich nach der Geburt seines ersten Kindes, das gesund geblieben war, luetisch infiziert; erst die folgenden Kinder erkrankten. Objektiv ist Lues jedoch weder beim Vater noch bei den Kindern nachgewiesen worden. Ich werde hierauf noch zurückkommen.



Besprechen wir endlich noch die Diagnose der amaurotischen Idiotie, so kann wohl mit Recht behauptet werden, dass die Diagnose der Tay-Sachs'schen Form in differentialdiagnostischer Hinsicht keine wesentlichen Schwierigkeiten bietet. Die Berücksichtigung der Zeit des Krankheitsbeginns, der Nachweis des fortschreitenden körperlichen und geistigen Verfalls mit Erblindung und Lähmungserscheinungen, dazu der Nachweis von Familiarität und Zugehörigkeit zur jüdischen Rasse, vor allem aber die Feststellung der charakteristischen Maculaveränderung sichern die Diagnose.

Weit schwieriger, vielfach unmöglich ist die Stellung einer einwandfreien Diagnose bei juvenilen und atypischen Fällen.

Hier stehen keine so eindeutigen Symptome, wie die Rassendisposition und der Maculabefund zu Gebote. Der Augenspiegelbefund weist schon bei den wenigen bisher anatomisch sichergestellten Fällen so grosse Verschiedenheiten auf, dass er bei differentialdiagnostischen Erwägungen kaum ausschlaggebende Bedeutung beanspruchen kann. Auch wenn Familiarität vorhanden ist, bleibt die Diagnose immer noch unsicher, besonders gegenüber anderen heredodegenerativen Leiden, bei denen einmal auch Familiarität bestehen kann, anderseits auch Amaurose und Idiotie und ev. auch Lähmungserscheinungen sich kombinieren können, so können sich, worauf in der Einleitung bereits hingewiesen wurde, Retinitis pigmentosa und hereditäre Optikusatrophie gelegentlich mit Idiotie kombinieren, bei hereditären Ataxien, bei spastischen Diplegieen können Idiotie und Optikusatrophie hinzutreten usw. Und alle Krankheitserscheinungen können bei diesen Leiden, wie bei der amaurotischen Idiotie, sich bei vorher gesunden Individuen entwickeln und ebenso progredienten Verlauf nehmen. Aber nicht nur gegenüber heredodegenerativen Erkrankungen, sondern namentlich auch gegenüber hereditär luetischen Affektionen des Zentralnervensystems mit Idiotie und Amaurose kann die Differentialdiagnose recht erhebliche Schwierigkeiten bereiten. Wenn die juvenile Paralyse mit Optikusatrophie unter Zuhilfenahme der modernen Untersuchungsmethoden, insbesondere genauer Liquoruntersuchungen wohl immer abzugrenzen sein wird, so können andere auf dem Boden der hereditären Lues erwachsene Gehirnerkrankungen mit Idiotie und Augenhintergrundsveränderungen recht schwer von der amaurotischen Idiotie zu unterscheiden sein, wenn die Liquoruntersuchung völlig negativ ausfällt. Die Schwierigkeit wird noch grösser, wenn wir berücksichtigen, dass nach der Spielmeyer'schen Beobachtung möglicherweise Lues der Erzeuger bei der Entstehung der amaurotischen Idiotie eine Rolle spielen kann. Eine eigene Beobachtung, die ich zum Schluss mitteilen will, mag diese Schwierigkeiten der Differentialdiagnose gegenüber der hereditären Lues näher illustrieren:

R., Irma, geb. 27. 3. 1899.

Anamnese:

Vater Maurer, angeblich gesund und nicht Trinker. Vatereltern gesund gewesen.

Mutter, geistig schwach veranlagt (besuchte die Hilfsschule), ist ziemlich jung an Lungentuberkulose gestorben. 2 Geschwister der Mutter ebenfalls tuberkulös. Vater der Mutter an Wassersucht, Mutter an Zuckerkrankheit gestorben.

Die Mutter des Kindes hat 6 mal geboren:

1 Kind (vor Ehe nicht vom Vater der Pat.) gest.

1 Sohn (15 Jahre alt) gesund.

3 Kinder tot, davon eins mit 2 Jahren an Tuberkulose, eins mit 1 Jahr nach längerem Krankenlager, eins mit $^1/_2$ Jahr an unbekannter Ursache.

Der Vater der Pat. hat sich zum 2. Male verheiratet und aus zweiter Ehe drei Kinder, davon sind 2 gesund.

1 mit 11 Tagen gest. (Geburt sehr schwer).

Lues wird vom Vater geleugnet; die Vornahme der Wassermann'schen Reaktion wurde von ihm leider kategorisch abgelehnt.

Während der Schwangerschaft war die Mutter schon lungenkrank; doch verliefen Schwangerschaft und Geburt normal. Pat. wurde nur kurze Zeit gestillt, war im ersten Jahr etwas kränklich, entwickelte sich dann aber ganz gut, war munter und anhänglich, spielte wie andere Kinder, lernte mit $1^1/_4$ Jahr laufen, mit $1^1/_2$ Jahr sprechen; hat angeblich gut gesehen. Nie Krämpfe, auch keine Zahnkrämpfe. Ostern 1906 kam Pat. zur Schule; erst ging es leidlich mit Lesen und Schreiben; im August angeblich Scharlach und Diphtherie, im Anschluss daran allmählich geistiger Stillstand und bald auch Rückgang; blieb in der letzten Klasse zweimal sitzen, störte den Unterricht durch unruhiges Benehmen. Im Mai 1907 trat, angeblich im Anschluss an einen Schreck über einen bösen Hund, zum ersten Male ein epileptischer Anfall auf. In der Folge wiederholten sich die Anfälle öfters mehrere Tage hintereinander; sowohl Anfälle am Tag wie nachts; selten mehr als ein Anfall pro Tag; manchmal setzten die Anfälle längere Zeit aus, grösste Pause 6 Wochen. Bei den Anfällen Bewusstlosigkeit, die linke Seite soll bei den Anfällen stärker beteiligt gewesen sein als die rechte. Zeitweise Wutanfälle, schrie, biss, zerkratzte sich. Schlaf unruhig, Nahrungsaufnahme gut.

Am 11. Mai 1908 wurde sie der Heil- und Pflegeanstalt Dresden zugeführt, da sie an einem der letzten Tage mehrere schwerere Anfälle hintereinander erlitten hatte.

Status bei Aufnahme:

Gut genährtes Kind; grösster Schädelumfang 47 cm; Schädel symmetrisch, Stirn niedrig. Augenbewegungen frei, Pupillen reagieren auf Licht und Akkomodation.

Gesichtsmuskulatur, Zunge frei beweglich, keine Bissnarben; grosse Tonsillen; Gebiss ohne wesentlichen Befund.

Hals frei beweglich, keine Drüsen.

Herz. Lungen und Leib o. B.

Motilität der Muskeln des Stammes und der Extremitäten ohne Störungen, nirgends Lähmungserscheinungen. Gang ohne Störungen. Sehnenreflexe sämtlich lebhaft, kein Klonus, keine Spasmen; kein Babinski.

Sensibilität, soweit prüfbar, intakt; reagiert prompt auf Schmerzreize.

Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Sprache: etwas stotternd, dabei viele Verlegenheitsbewegungen.

Psych. Status:

Bei der Exploration sehr ungeniert, erzählt unaufgefordert allerlei häusliche Begebnisse; fixierbar, schweift aber leicht ab. Nennt ihren Namen richtig, ihr Alter gibt sie mit 4 Jahren an; weiss für ihren Vater keine andere Benennung als Papa; bezeichnet ihn als Arbeiter, weiss die Wohnung annähernd anzugeben. Zählt bis 3 richtig, dann gehen die Zahlen durcheinander. Bezeichnet Bilder teilweise richtig, teilweise falsch, so Katze, Hahn, Hund, aber auch schwierigere, wie Reiter, Knabe mit Wickelkind, Frau, die Kind badet, ganz richtig, während sie Elefant als Pferd, Eichhörnchen als Kickerihahn, Schwan als Pudel, Kirche im Schnee als „so eine Mieze" bezeichnet. Die falschen Antworten erfolgen häufig ohne alle Überlegung, sie antwortet, was ihr gerade einfällt. Kann noch „i" schreiben; schreibt immer nur diesen Buchstaben, sobald man ihr etwas zu schreiben aufgibt.

In den ersten Tagen viel Heimweh, heult, ist abweisend; lebt sich dann bald ein, spielt mit den anderen Kindern, beschäftigt sich gern mit Puppen, hält sich sauber, kleidet sich grossenteils selbst an.

In den nächsten Monaten öfters sehr ungezogen, aufdringlich, beschimpft schwächere Patienten, sobald sie merkt, dass sie ihr nichts anhaben können. 1908 bis zu 10 Anfällen im Monat, teilweise sehr schwere, 1909 teilweise sehr wenig Anfälle pro Monat, erst gegen Ende des Jahres wieder häufiger; 1910 bis zu 7 Anfällen, manchmal mehrere an einem Tag; ebenso 1911; gewöhnlich drängen sich die Anfälle auf eine kurze Zeit zusammen, um dann längere Zeit auszusetzen. Typisch epileptische Anfälle; ein Überwiegen der einen oder anderen Seite ist nie beobachtet worden. Im Anschluss an die Anfälle oft erregt.

Schon Mitte 1909 hatte die Stationspflegerin den Eindruck, als ob Pat. nicht mehr ordentlich sehen könne; Ende 1909 nahm die Sehkraft sehr schnell ab, was besonders bei den Fröbelarbeiten, mit denen die Kinder der Station von einer Kindergärtnerin beschäftigt werden, sehr auffiel. Sie setzte sich auch auf besetzte Stühle, rannte andere Kinder an, bewegte sich zumeist nur in kleinen ängstlich trippelnden Schrittchen vorwärts. Seit Anfang 1910 ist sie ganz blind, reagiert auch auf starke Lichtquellen nicht im geringsten.

Während dieser Zeit war Pat. im allgemeinen ruhig und harmlos; redete nur in



jedes Gespräch hinein; freute sich sehr, wenn sie eine bekannte Stimme hörte, spielte noch gern mit Puppen, nahm gern ihre Puppe mit ins Bett. Zeitweise aber war sie sehr ängstlich, schien zu halluzinieren, schrie öfters laut: „die Maus", „der Rupprecht", zuweilen schluchzte sie tagelang ohne Grund, brüllte aber auch manchmal laut; bald wurde sie auch unrein mit Kot und Urin.

Pat. ging nun mehr und mehr zurück, musste Anfang 1911 eingebettet werden.

Bei einer genaueren Exploration im April 1911 bringt sie stotternd noch ihren Namen vor, spricht noch einige Worte nach, gibt auf Aufforderung die Hand und sagt „Guten Tag", die meisten Fragen und Aufforderungen fasst sie aber gar nicht auf oder befolgt sie nicht oder erfasst nur ein Wort, das dann längere Zeit haftet. Gegenstände tastet sie ab, sagt aber die Bezeichnung nicht.

Spricht man sie an, oder antwortet sie, so gerät sie in eine gewisse Unruhe, dreht den Kopf hin und her, bewegt Arme und Beine, nestelt an ihren Kleidungsstücken herum; Sprache eigentümlich stotternd (z. B. gugugugugugut), nicht explosiv.

Sich selbst überlassen, sitzt sie meist ruhig, mit lächelndem Gesichtsausdruck im Bett, äussert spontan zur Pflegerin oder zum Arzt fast nie Wünsche, antwortet aber nicht selten, wenn andere Pat. befragt werden, mit „ja" oder „gut", murmelt zuweilen auch unverständlich vor sich hin; spielt gern mit einer Puppe, wühlt im Bett herum, kaut an ihren Haaren; öfters aber ist sie auch sehr erregt, heult ganz laut, schlägt um sich, ist widerstrebend, wird wütend, wenn man sie untersuchen will.

Der körperliche Status im April 1911 war folgender:

Für ihr Alter gut entwickelt, menstruiert noch nicht, Brüste schon gut ausgebildet, Pubes teilweise vorhanden. Ernährungszustand befriedigend.

In der Gesichtsmuskulatur keine Lähmungserscheinungen; ebenso in Zungen- und Gaumenmuskulatur; auch an Rumpf und Extremitäten keine sicheren Paresen, keine Spasmen, keine Atrophie. Sehnenreflexe, namentlich an den unteren Extremitäten sehr lebhaft, kein Fussklonus; Bauchdeckenreflexe lebhaft, kein Babinski.

Eine auffällige Störung der Motilität zeigt sie nur bei Steh- und Gehversuchen. Wird sie aus dem Bett genommen, so sinkt sie ohne Unterstützung zunächst in sich zusammen; soll sie mit Unterstützung gehen, so hebt sie die Füsse kaum vom Boden, schiebt sich in ganz kleinen Schrittchen vorwärts; allmählich wird jedoch der Gang etwas besser. Die Störung ähnelt sehr senilen Astasie- und Abasieformen.

Sensibilität, soweit prüfbar, intakt; wehrt bei Schmerzreizen entsprechend ab, ebenso bei Kitzeln; tastet Gegenstande geschickt ab; Gehör anscheinend ganz intakt.

Okulist. Befund:

Rechts Strabismus convergens periodicus concomitans; zeitweise nystagmusartige Zuckungen.

Pupillen annähernd gleichweit, reagieren ausgiebig auf Licht.

Beiderseits Atrophie der Retina und des Opticus; Grenzen der Papillen nicht ganz scharf. Netzhautgefässe, namentlich Arterien sehr eng. Die Retina beider Augen zeigt eine gleichmässige feine punktförmige, in der Peripherie rechterseits einzelne gröbere pigmentierte Flecken.

Pat. reagiert auch auf starke Lichtquellen, plötzliche Annäherung der elektrischen Taschenlampe und einer noch stärkeren elektrischen Lichtquelle, gar nicht; greift nach der verkehrten Richtung, wenn man ihr aufgibt, nach dem Licht zu greifen.

Im Laufe des Jahres 1911 ist Pat. noch weiter zurückgegangen, bringt jetzt kaum noch ein Wort richtig heraus, z. B. hut anstatt gut, ihre stereotype Antwort; sitzt meist stumpf lächelnd im Bett, leichte motorische Unruhe, wenn jemand zu ihr kommt, zeitweise unruhig, heult, wühlt im Bett herum, schreit zornig. Sehr unrein. — Gangstörung noch stärker.

Nervenstatus und Augenbefund unverändert.

In der letzten Zeit mehrfach gehäuftes Auftreten von Anfällen.

Das Blut ist viermal auf Wassermann'sche Reaktion untersucht worden; der Ausfall war einmal positiv, einmal negativ, bei den beiden letzten Untersuchungen zweifelhaft: bei der letzten Untersuchung war die Stern'sche Modifikation positiv. Im Liquor cerebrospinalis fielen die Wassermann'sche und die Nonne-Apelt'sche Reaktion dreimal völlig negativ aus, nur einmal konnte auch auf Lymphozytose untersucht werden, auch diese Untersuchung ergab negatives Resultat.

Wenn wir nochmals kurz zusammenfassen, so sehen wir:

Ein gesundes Kind erkrankt im 6. Lebensjahr mit Krämpfen, verblödet erst langsam, dann rasch und erblindet sehr bald: bei scheinbar



völlig aufgehobener Lichtempfindung findet sich erhaltene Pupillenreaktion mit Optikusatrophie und Pigmentatrophie; Wassermannsche Reaktion im Blut ist zweifelhaft, die Sternsche Modifikation positiv; im Liquor sind alle Reaktionen negativ.

Die Augenhintergrundsveränderungen im Verein mit den Ergebnissen der Wassermann'schen Reaktion lassen sicher in erster Linie an Lues hereditaria denken; doch dieser Diagnose stehen gewisse Bedenken entgegen: Welcher Art soll der luetische Prozess sein, der sich am Gehirn abspielt? Der ganze klinische Verlauf hat doch zur Voraussetzung, dass auch der pathologische Prozess ein diffuser und progredienter sein muss. Juvenile Paralyse kommt nicht in Frage; der zweifelhafte Ausfall der Wassermann'schen Reaktion im Blut und vor allem der völlig negative Ausfall der Liquoruntersuchungen sprechen entschieden gegen diese Diagnose. Auch bei andersartigen diffusen und progredienten luetischen Prozessen am Gehirn und seinen Häuten würde ein völlig negativer Liquorbefund doch recht unwahrscheinlich sein; es bliebe eigentlich nur die Annahme möglich, dass es sich um eine diffuse luetische Erkrankung der Hirngefässe handelt. Wenn die Annahme eines rein luetischen zerebralen Prozesses somit nicht unbedingt abgelehnt werden kann, so wird doch die Diagnose „juvenile Form der amaurotischen Idiotie" ernstlich in Erwägung zu ziehen sein, denn nach Beginn und Verlauf ähnelt die Erkrankung weitgehend den bisher beschriebenen Fällen von juveniler amaurotischer Idiotie. Wenn nach dem Blutbefund das Kind höchst wahrscheinlich an hereditärer Lues leidet, so wäre die Lues dann entweder als blosse Komplikation aufzufassen, oder es wäre auch möglich, dass die Lues als Gift auf den Keim oder das Gehirn in seiner Entwicklung eingewirkt und die für amaurotische Idiotie typische abnorme Veranlagung des Zellplasma erzeugt hätte. Wir werden also zur Zeit die Diagnose zwischen hereditärer Lues und juveniler Form der amaurotischen Idiotie offen lassen müssen; erst die anatomische Untersuchung wird Klarheit bringen können.

Herrn Sanitätsrat Dr. Hecker, meinem Chef, danke ich ergebenst für die Ueberlassung der mitgeteilten Krankengeschichte.

Wesentlichste deutsche Publikation über amaurotische Idiotie:

a) infantile Form: Sachs. Die amaurotische familiäre Idiotie. Deut. medic. Wochenschr, 1898. — Falkenhein. Ueber familiäre amaurotische Idiotie. Deutsche Zeitschr. f. Kinderheilkunde 1902. — Schaffer. Ueber die Anatomie und Klinik der Tay-Sachs'schen amaurotisch-familiären Idiotie mit Rücksicht auf verwandte Formen. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. III. Bd. 1910.

b) juvenile Form: H. Vogt. Ueber familiäre amaurotische Idiotie und verwandte Krankheiten. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie. XVIII. Bd. 1906. — H. Vogt. Zur Pathologie und pathol. Anatomie der verschiedenen Idiotieformen. Monatsschr. f. Psychatrie und Neurologie. XXII. Bd. 1907. — Spielmeyer. Klinische und anatomische Untersuchungen über eine besondere Form von familiärer amaurotischer Idiotie. — Histolog. u. histopatholog. Arbeiten herausgegeb. von Prof. Dr. Fr. Nissl. II. Bd. 1908.

Sapo viridis.

Von Dr. Kappesser-Darmstadt.

Vor mehr als 30 Jahren liess mich ein glücklicher Zufall die Wirkung der Schmierseife bei Skrofulose und bei einer Reihe tuber-



kulöser Erscheinungen auffinden. Die Methode hat vielfache Nachprüfung erfahren und hat sich, wie ich wohl sagen darf, einen dauernden Platz in unserm Heilschatz erobert*). Auch heute noch stehe ich auf dem Standpunkt, dass die gewöhnliche Schmierseife zur Durchführung der von mir angegebenen Kur vollkommen genügt und es mögen die Ersatzpräparate, so auch das in letzter Zeit, auch in diesen Blättern empfohlene Sudian der praxis aurea vorbehalten bleiben.

Die Gelegenheit möchte ich aber nicht vorübergehen lassen, der ich demnächst das 82. Lebensjahr vollenden soll, um noch einige Beobachtungen und Erfahrungen, die ich gemacht habe, meinen Berufsgenossen, welche sich dafür interessieren, zu unterbreiten.

Diejenigen, welche nach mir mein Verfahren durch Herstellung besonderen Materials oder besonderer Methoden glaubten zu verbessern, gingen wohl meist, wie ich selbst zuerst, von einer unerwiesenen Voraussetzung aus. Ich selbst erklärte mir die oft überraschende Wirkung durch die Annahme, dass durch intensive Einreibung solcher Art Fettemulsion ein direktes Eindringen derselben in die wandlosen Gefässendigungen der Hautkapillaren, also eine direkte Ueberführung der Fettkörper in die Blut- bezw. Lymphbahnen bewirkt werde, was ja auch seither schon die ärztliche Kunst durch Einführung per os von tierischen und pflanzlichen Fetten, insbesondere des Lebertrans erstrebt hat.

Der gleichen Ansicht war wohl der Erste, der mich übertrumpfte in der Anzeige: „Dr. Rhodens-Bad Lippspringe, überfettete Lebertranseife mit 5% Perubalsam und 5% Jodkali zum Einreiben in die Haut bei Skrofulose und Tuberkulose (Lungendrüsen, Knochen und Haut), dringt sofort durch Haut und Lymphstrom und reinigt (!) Lymphe und Blut!" Er scheint aber doch seinem Werk nicht recht getraut zu haben, da er noch Hilfstruppen heranziehen wollte**). Andrerseits scheint, wie Czerny bemerkt (Häusliche Behandlung der Tuberkulose, Bd. I, H. 2 der Beitr. z. Klin. der Tuberkulose) die Verwaltung des Bades Krankenheil mit Hilfe ihrer Quellsalzseife die Einverleibung der Mineralsalze ihrer Quelle direkt in die Blutmasse zu erstreben.

Auch Kollmann hat die Wirkung der Schmierseife als Einführung von Kali in die Blutmasse angesehen. Nachdem er 10 Jahre nachher seine anno 1881 beschriebenen Fälle mit Beihilfe von zahlreichen Zitaten aus anderen Schriften zu einem richtigen Buch ausgearbeitet hatte, nimmt er an, dass die unvollkommenen Lebensvorgänge und die Neigung zu Gewebszerfall, welche wir mit dem Sammelnamen Skrofulose und Tuberkulose bezeichnen, auf einem Mangel an Kali

*) Die landläufige Annahme von der angeblich der uralten Volksmedizin angehörenden Schmierseite bedarf jedenfalls der Einschränkung. Die alten Römer z. B. nützten zuerst aus Unkenntnis der Seife zu Reinigungszwecken den Borax aus den Lagunen Etruriens und zur Säuberung der mit dem empfindlichen Saft der Purpurschnecke gefärbten Toga virilis bedienten sie sich des Ammoniak, welches sie aus faulendem Sclavenharn herstellten. Die sapo viridis oder flüssige Kaliseife lernten sie erst beim Eindringen in der Gallea bracata und die urdeutsche Natron- oder Kernseife gar erst an den Ufern des Rheins kennen, denn das Seifenkochen gehörte zu den ältesten Beschäftigungen der germanischen Frauen.

**) Merkwürdigerweise hat dann der nämliche Autor noch 1905 in Nr. 40 des Hamb. med. Gen. Anz. diese, seine Erfindung unter dem Titel Dermosanol als Verbesserung der „Hoffa'schen (sic!) Schmierseifenbehandlung" angepriesen.



beruhe, der durch die Schmierseife neu zugeführt werden soll. (Solcher Zweck wäre dann wohl kürzer auf dem direkten Weg intravenöser Einverleibung des fehlenden Alkalis zu erreichen.) Den Hauptzweck des Buches erkannte man wohl auf der letzten Seite, wo eine Stuttgarter Seifensiederfirma als allein vertrauenswürdige Lieferantin benannt wurde. Dass der Verfasser übrigens der Versuchung nicht widerstehen konnte, durch alleiniges Verschweigen des Namens desjenigen, von welchem er seine Weisheit hatte, sich einmal als Kolumbus der Wissenschaft zu fühlen, soll ihm hiermit verziehen sein, da er doch nicht wenig zum Bekanntwerden der guten Sache beigetragen hat.

Auch Richter, der schon lange vor mir einmal die Schmierseife, freilich mehr in prophetischem Sinn, empfohlen hatte, was damals leider von der ärztlichen Welt gänzlich unbeachtet blieb, scheint ähnlicher Ansicht von fehlendem Alkaligehalt gehuldigt zu haben. In Familien, wo für die Nachkommenschaft skrofulöse Veranlagung vermutet werden konnte, riet er den säugenden Müttern bezw. Schenkammen vor Anlegung des Säuglings Brust und Nacken mit Schmierseife abzuwaschen und jedesmal vorher ein Glas Sodawasser zu trinken. Ob er das Mittel gegen ausgesprochene Skrofulose angewandt hat, ist mir nicht bekannt.

Alle diese Annahmen scheinen mir gegenüber den nachstehend beschriebenen zwei Fällen nicht stichhaltig zu sein. Den ersten habe ich schon früher in meinem 1900 bei Waitz dahier erschienenen Broschüre beschrieben und setze ihn nochmals hierher, weil er wohl damals kaum die Beachtung gefunden hat, die er wohl verdient hätte. Den zweiten habe ich nicht selbst beobachtet, er wurde mir aber von zuverlässiger Seite beschrieben.

1. Ein Kind im ersten Lebensjahr nach eben überstandener schwerer Darmerkrankung wurde über Nacht von enormer Anschwellung der Drüsen der ganzen linken Halsseite vom Ohr bis zum Schlüsselbein befallen, die wohl trübe Aussicht auf eine Reihe von Abszessbildungen und deren Folgen eröffnete. Schmierseifeeinreibungen, erst täglich, später einigemal in der Woche, brachten das Uebel in 6—8 Wochen spurlos zum Verschwinden. Im 10. Jahr erkrankte dann das Mädchen an einer anfangs wenig beachteten Konjunktivitis, die sich bald trotz energischer Behandlung durch einen bewährten Spezialisten zu beiderseitiger Keratitis mit starker Gefässbildung verschlimmerte, und, nachdem Schmerz und heftige Lichtscheu eine Ausbreitung auf die tieferen Gebilde der Augen vermuten liessen, mussten wohl Zweifel an der Erhaltung des Sehvermögens wach werden. In Erinnerung der früheren Beobachtung schlug ich neben Fortsetzung der topischen Behandlung wieder Schmierseifeeinreibung vor. Die Wirkung war eine geradezu phänomenale, denn nach der ersten abendlichen Einreibung zeigten sich am Morgen zum ersten Male die Augen nicht mehr zugeklebt und das Kind konnte ohne Beschwerde nach dem hellen Fenster sehen. Die Besserung ging dann so schnell voran, dass man glaubte, wegen anderweit dringender Anforderungen, das Weitere der heilenden Natur überlassen zu können. Im Verlauf von einer Woche aber bildeten sich neue Trübungen und Gefässnetze aus, so dass man schleunigst wieder zu dem obenbewährten Mittel griff, bis die letzte Spur ohne jegliche bleibende Schädigung des Sehvermögens getilgt war.



2. Bei einem Mann vom Arbeiterstand war wegen Pylorusstenose eine Laparotomie gemacht worden und wegen ungenügendem Erfolg musste dieselbe, diesmal mit Verlegung des Dünndarms und Bildung eines neuen Pförtners, wiederholt werden, was dann auch dauernde Hilfe brachte. Während er aber diese schweren Eingriffe richtig überstand, erwarb er wohl im Hospital durch Uebertragung eine schwere Erkrankung im Gesicht, bestehend in ausgedehnter Verschwärung mit profuser Eiterabsonderung. (Der Beschreibung nach scheint es sich um einen besonders schweren Fall von Sykosis gehandelt zu haben.) Eine sechswöchige Kur in einer entsprechenden Heilanstalt unter Anwendung von Röntgenstrahlen hatte eher noch Verschlimmerung bewirkt, worauf er dann zu Lasten der Armenverwaltung entlassen wurde. Ein edler Menschenfreund, der seine Mittel und Musse zum Besten von Armen und Elenden verwendet und der meine Schmierseifenbehandlung genau kennt, ermunterte ihn zu einem Versuch damit. Aus Mangel an Hilfe hat dann der Unglückliche die Einreibungen sich selbst auf die vordere Brust und Bauchseite gemacht. Gleich nach der ersten Einreibung liess die profuse Eiterabsonderung nach, es bildeten sich trockne Krusten und nach deren Abstossung nach einiger Zeit blieb eine gesunde Haut zurück, und der Mann war wieder arbeitsfähig.

Derartig plötzliche Beeinflussung eines bis dahin schweren und hartnäckigen Krankheitsprozesses lassen sich nicht mit einer allmählichen Aufbesserung der Blut- bezw. Lymphmasse durch Resorption, sei es nun von Kali oder von Fett erklären, und es wäre wohl eine würdige Aufgabe für eines unsrer mit reichen Mitteln ausgestatteten pathologisch-chemischen Institute, auf experimentellem Wege Aufklärung dieser Vorgänge zu schaffen, wozu ich hiermit den Anstoss geben möchte. Einen Anfang dazu hat ja schon die Baseler Universitätsklinik 1897 mit der Gisler'schen Dissertation gemacht.

Die fortschreitende Bakteriologie lehrt uns, dass Typhus-Rekonvaleszenten trotz zunehmender Gesundung nicht aufhören, aus Gallenblase und Nieren fortwährend Typhusbazillen auszuscheiden, wodurch sie auf Monate und selbst Jahre hinaus zu einer stetigen Gefahr für ihre gesunde Umgebung werden. Jeder beschäftigte Arzt wird sich tragischer Vorgänge erinnern, da Opfer von Typhus-Epidemien, welche in der Fremde dem Tod glücklich entronnen waren und von Angehörigen oder Freunden zur vollen Herstellung in die Heimat zurückgeholt wurden, solches mit Tod und Verderben vergelten mussten, und nur zu häufig zum Neuausbruch lokaler Epidemien Anlass wurden. Die ärztliche Wissenschaft aber stand und steht heute noch dieser Gefahr fast wehrlos gegenüber.

In Anbetracht der in den beiden von mir berichteten Fälle durch Schmierseife-Einreibungen fast momentan erwirkten Umgestaltung von schweren Krankheitserscheinungen, welche bis dahin allen Mitteln getrotzt hatten und offenbar auf vorhandene Krankheitserreger zurückzuführen waren, lag mir schon lange der Gedanke nahe, in gleicher Weise durch Einwirkung von der Haut aus diese Quelle des Unheils, die fortdauernde Ausscheidung von Typhus-Bazillen zum Versiegen zu bringen?

Mir selbst fehlt ja Zeit und Gelegenheit, zur Lösung dieser Frage beizutragen, aber unseren klinischen Instituten dürfte es wohl möglich sein, bei den jetzt wieder zahlreich neu auftretenden Epidemien an

einer Anzahl genau zu überwachenden Rekonvaleszenten die Probe darauf zu machen, ob es möglich wäre diese quasi Typhusträger mittels methodischer Schmierseife - Einreibungen unschädlich zu machen? Auch bei den Opfern der Genickstarre, besonders bei protrahiertem Verlauf wäre vielleicht ein solcher Versuch am Platz.

---

41. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin vom 10. bis 13. April 1912.

Berichterstatter Dr. **Hugo Stettiner,** in Berlin.

Der Kongress wurde mit einer Gedächtnisrede auf das verstorbene Ehrenmitglied der Gesellschaft, Joseph Lister, durch den derzeitigen Vorsitzenden, Garrè-Bonn, eröffnet, deren Schluss, die Worte, welche er als Vertreter der Gesellschaft bei der Trauerfeier in der Westminsterabtei gesprochen, von der Versammlung stehend angehört wurden. Nachdem auch der anderen Toten des Jahres gedacht, wurde in die Verhandlungen eingetreten, welche sich dadurch von denen der Vorjahre unterscheiden, dass keine Hauptthemata gestellt waren. Als erster sprach Lampe-Bromberg über Verwendung von Kampferöl bei der Anlegung und Naht von Operationswunden. Er hat 2 % Kampheröl seit einer Reihe von Jahren mit gutem Erfolge während und vor Schluss der Operation zur Reinigung der Wunde benutzt und ist in letzter Zeit dazu übergegangen, dasselbe auch zur Vorbereitung des Operationsfeldes zu verwenden. So hat er in 110 Operationen, darunter 48 Laparotomien, 20 Hernien, Mamma-, Nieren-Operationen u. a. die Haut nur mit Aether und Kampferöl abgerieben und nur 4 mal kleine Wundstörungen gesehen. Auch Nötzel-Saarbrücken rühmt dasselbe, welches er bei infizierten Wunden und komplizierten Frakturen angewandt hat, während Bier-Berlin auf Grund von unangenehmen Erfahrungen, die er nicht zwar mit dem Kampferöl, aber mit ähnlichen Mitteln erlebt hat, der erprobten aseptischen Behandlung das Wort redet. Dreyer-Breslau untersuchte die Zahl, Art und Virulenz der aus aseptischen Operationswunden bei dem heutigen Desinfektionsverfahren züchtbaren Bakterien und konstatierte, dass, wenn auch in bezug auf die beiden ersten Faktoren das Resultat kein ideales, doch die Virulenzbestimmung durch Hämolyse, Agglutination und intraartikuläre Impfung, die er besonders empfiehlt, stets negativ ausgefallen. In der Diskussion empfiehlt Liermann-Dessau erneut zur Desinfektion der Haut und des Operationsfeldes Bolus alb., in Alkohol gelöst und als Paste. Kleinschmidt-Leipzig schreibt auf Grund von experimentellen und klinischen Untersuchungen über Luftembolie der Stärke des rechten Herzens den Haupteinfluss auf günstigen oder ungünstigen Ausgang zu und meint, dass eine leider nicht ausführbare Punktion des rechten Ventrikels und Luftaspiration aus demselben rettend wirken würde. Doch könne man durch geeignete Lagerung, Hochlagerung der Beine die Gefahr der Luftembolie verringern. Meisel-Konstanz, der bei Versuchen zu ähnlichen Ergebnissen gekommen ist, will dagegen den Patienten steil aufsetzen. Tiegel-Dortmund empfiehlt die Anwendung des Ueberdrucks, Kuhn-Kassel die Luftdruck-Dauermassage und künstliche Zirkulation gegen Thrombenbildung, die er mit dem frühen Aufstehen nach Operationen vergleicht,



während Bier-Berlin vor jeder Zirkulationsbeschleunigung bei Neigung zur Thrombose wegen der Gefahr der Embolie warnt. — Ueber aseptische Knochen- und Knorpelnekrose, welche das Bild der Osteochondritis dissecans und der Arthritis deformans gibt und manche Prozesse dieser Krankheit aufklärt, spricht Axhausen-Berlin, während Wollenberg-Berlin die allgemeine Uebertragung der bei der Knorpelnekrose gefundenen Veränderungen auf die Arthritis deformans für zu weitgehend hält. — König-Marburg hat in 3 Fällen mit sehr gutem Erfolge bis 15 cm lange Elfenbeinstücke als Ersatz von Knochenstücken zur Einheilung gebracht, zweimal für den Unterkiefer, einmal für den Oberarm. Rehn-Frankfurt erinnert an einen vor 4 Jahren erwähnten Fall, in dem er nach Resektion der Hüfte ein Elfenbeinstück eingepflanzt und berichtet, dass es dem Patienten gut geht. Auch von Beck-Karlsruhe hat, je nachdem sich die Gelegenheit bot, in einer grossen Anzahl von Fällen Knochentransplantationen oder Elfenbeinimplantationen ausgeführt. Vorschütz-Cöln bevorzugt zum Ersatz des Unterkiefers lebenden Knochen und hat selbst bei nicht völlig aseptischem Verlauf gute Endresultate erzielt. Heller-Leipzig berichtet über Gelenkknorpeltransplantationen bei Tieren, bei welchen mitunter Wachstumsstörungen eintraten. — Läwen-Leipzig hat in 2 allerdings letal verlaufenen Fällen von Herzverletzung, in welchen eine exakte Naht nicht möglich war, durch freie Muskelplastik die Blutung zum Stehen gebracht und sich bei der Sektion von der guten Anheilung des überpflanzten Stückes überzeugt, so dass er dieselbe bei Herz- und Lebernähten empfiehlt. Auch Kocher-Bern kennt die blutstillende Eigenschaft des Muskels und hat sich ihrer oft, so auch zur Stillung einer Sinusblutung, bedient, während Sprengel-Braunschweig, Henschen-Zürich, von Eiselsberg-Wien und Unger-Berlin auch bei anderen Geweben diese blutstillende Wirkung konstatiert haben. Wrede-Jena hebt hervor, dass eine freie Muskeltransplantation im eigentlichen Sinne bisher noch nicht gelungen sei, da immer eine Umwandlung in Bindegewebe stattfinde. Rehn-Frankfurt warnt vor der Läwenschen Methode und empfiehlt für solche Fälle eine Perikardplastik. — Ueber freie Sehnenplastik spricht Lexer-Jena. In leichten Fällen sei dieselbe wiederholt gelungen und sei man daher berechtigt, jetzt auch die schwereren in Angriff zu nehmen. So habe er bereits in mehreren Fällen Erfolg gehabt. Das betr. Glied darf nicht zu lange ruhig gestellt werden, da sonst ein Uebergang des Sehnen- in Narbengewebe stattfinde. Das Bett muss von einem kleinen Schnitte aus auf subkutanem Wege bereitet werden. Vorbereitend müssen erst Narben und geschrumpfte Hautpartien beseitigt werden, ebenso wie etwa vorhandene Gelenksteifigkeit. Auch zum Ersatz von zerrissenen Gelenkbändern, zur Bildung von Sehnenbändern, wie bei der Luxation der Peroneussehne hat Lexer die freie Sehnenplastik verwendet. Müller-Rostock betont die Bedeutung der Sehnenplastik für die durch Phlegmonen verloren gegangenen Sehnen.

Sticker-Berlin berichtet über seine in 3 Jahren mit der Radiumbehandlung bei bösartigen Neubildungen gewonnenen Erfahrungen, die wiederum die begrenzte Tiefenwirkung bestätigen. Werner-Heidelberg hebt die Bedeutung des bedeutend kräftiger strahlenden Mesothoriums hervor. Er sah bis 6 cm dicke Infiltrate und faustgrosse Drüsenpakete zurückgehen und bespricht die subkutane und

intravenöse Anwendungsweise. Das Heil der Karzinombehandlung liege in der kombinierten Behandlung. So berichtet Redner über einen Fall von Magenkarzinom, der 1907 reseziert, 3 Jahre später ein Rezidiv in Form eines faustgrossen Tumors zeigte. Jetzt wurde der Magen vorgelagert und mit Röntgenstrahlen behandelt. Der Tumor ging zurück, Patient nahm an Gewicht zu und ist wieder arbeitsfähig. Kolb-Heidelberg berichtet zur Antimeristemfrage, dass es sich um kein spezifisches Mittel handele. Dies wird auch von Werner-Heidelberg bestätigt, welcher feststellt, dass hauptsächlich eine Wirkung auf die perikarzinomatöse Entzündung vorliege, die allerdings stärker sei, als bei jedem anderen Mittel. Kümmell-Hamburg teilt mit, dass er den als durch Meristem für geheilt erklärten Fall kenne und dass in demselben kein Karzinom vorgelegen habe. Ueber ein vereinfachtes Verfahren zur Serodiagnose der Staphylokokkenerkrankungen berichtet Homuth-Frankfurt, — V. Graff-Wien bespricht die verschiedenen Applikationsarten des Serums bei Tetanus. Er bevorzugt auf Grund von Versuchen an Kaninchen und klinischen Erfahrungen die intravenöse Injektion. Anschütz-Kiel tritt für die intranervöse Einspritzung ein, welche wenigstens einen Teil des Giftes noch unschädlich machen könne. Ritter-Posen hat durch wiederholte Lumbalpunktion 3 Fälle geheilt. Simon-Mannheim empfiehlt, hohe Dosen intravenös einzuspritzen. — Durch eine Demonstration von Franke-Rostock wird eine Debatte über Sarkom und Ostitis fibrosa angeregt, an welcher sich Pflugradt-Salzburg, Wrede-Jena, Steinthal-Stuttgart, Müller-Rostock, Rehn-Frankfurt, V. Haberer-Innsbruck, Schlange-Hannover und Axhausen-Berlin beteiligen. In dem vorgezeigten Präparat war von 2 pathologischen Anatomen einmal die Diagnose auf Sarkom, dann auf Endotheliom gestellt, während anscheinend Ostitis fibrosa vorgelegen. Aehnliche Erfahrungen werden von den anderen Rednern berichtet. Schlange-Axhausen sahen ein gutartiges Fibrom nach Jahren entstehen, v. Haberer beobachtete nach einer Ostitis fibrosa Sarkom, das sich als solches durch Metastasenbildungen in den Lungen charakterisierte. — Joseph-Berlin stellte in Lichtbildern 2 Fälle von traumatischer Sattelnase vor, die er durch Transplantation aus der Tibia und zwar durch intranasale Einfügung der Knochenstücke korrigiert hatte, ferner u. a. einen Defekt der Nasenspitze (Lupus), nach italienischer Methode operiert, und einen totalen Nasendefekt (kombinierte italienische und intranasale Knocheneinpflanzung). Eckstein-Berlin zeigt ein Verfahren der Ohrmuschelfaltung zur Beseitigung des Abstehens der Ohren. Katzenstein-Berlin machte Demonstrationen zur freien Gelenkbandplastik bei Luxation des Radius und Plattfuss. Engelken-Neukirchen zeigte einen kombinierten Injektions- und Absaugeapparat. Nordentöft-Aarhus empfiehlt ein Trokar-Endoskop, welches zur Besichtigung von Gelenk- und anderen Höhlen, wie der Brusthöhle dienen soll. Spitzy-Graz zeigt ein Instrument zur Vereinfachung der Phimosenoperation, welches durch Quetschung die Anlegung von Nähten erspart. — Das Kapitel der Hirn- und Rückenmarkchirurgie wurde durch einen Vortrag von Tilmann-Cöln über Hirndruck eröffnet. Er führte aus, dass der Hirndruck ein relativer sei, da er von der Lage des Patienten abhängig. Der höchste Hirndruck finde sich im epileptischen



Anfalle. Bei Abszessen und Tumoren könne der Hirndruck fehlen, wenn durch dieselben keine Vermehrung des Schädelinhalts eintrete, während andererseits schon kleine in der hinteren Schädelgrube sitzende Tumoren Stauungspapille und Hirndrucksymptome auslösen können. Förster-Breslau macht auf den Unterschied zwischen Stauungspapille und Sehstörungen infolge Drucksteigerung im 3. Ventrikel aufmerksam. Ueber Meningitis serosa circumscripta cerebralis, welche einmal im Anschluss an Otitiden und Nasen nebenhöhlenerkrankungen auftreten kann (meist allerdings nur kollaterales Oedem) und zweitens sich als selbständige Erkrankung bei Pneumonie, Infektionskrankheiten und toxischen Prozessen entwickeln kann, spricht Wendel-Magdeburg. Sie lässt sich durch Lumbalpunktion nachweisen. Andere Formen sind vollkommen von dem Ventrikel abgeschlossen. Einen solchen zirkumskripten Fall hat Wendel mit gutem Erfolge operiert. Er fand ein maschiges, mit steriler Flüssigkeit gefülltes Gewebe. — Henschen-Zürich bespricht die Diagnose der traumatischen Subduralblutung, welche im Gegensatz zu dem ziemlich geklärten Bilde der extraduralen Blutungen noch recht unklar sei, obwohl ein rechtzeitiges operatives Eingreifen auch hier gute Erfolge erzielen könne. Auch die Subduralblutungen der Neugeborenen hält er für ein dankbares Operationsfeld. F. Krause-Berlin berichtet über breite Freilegung der Hirnventrikel, 2 mal der Seiten-, 2 mal der 4. Ventrikel und die Art ihrer Deckung. In allen Fällen hat er Heilung erzielt. Gegen eine Bemerkung von ihm, dass man in allen Fällen die Schädelhöhle gleich schliessen solle, wendet sich Schmieden-Berlin. Auch v. Haberer-Innsbruck stellt einen Knaben vor, bei dem er den nach Exstirpation einer traumatischen Zyste freigelegten Seitenventrikel durch Faszia lata gedeckt hat. Als Duraersatz hat Rehn-Jena mit gutem Erfolge in einer Anzahl von Fällen Fettgewebe verwandt. So hat er in einem Falle von traumatischer Epilepsie nach Entfernung der Dura und Ersatz derselben durch einen 10 cm langen, 1 cm breiten Fettlappen die Anfälle 10 Monate wegbleiben sehen. Kirschner-Leipzig berichtet über Benutzung der Faszia lata, die auch von v. Eiselsberg mit Vorliebe zum Ersatz der Dura genommen wird, während Perthes-Tübingen in 7 Fällen Bauchfell benutzte und Brüning-Giessen die Dura flächenhaft spaltet und so eine Plastik ausführt. Es folgte noch eine Reihe kasuistischer Mitteilungen. — Ueber Erfolge bei spastischer Diplegie mit der Försterschen Operation berichtet Goldenberg-Nürnberg, über solche bei gastrischen Krisen Guleke-Strassburg, Ranzy-Wien, welcher sie der von Francke-Braunschweig angegebenen bevorzugt, während dieser sie verteidigt. Förster gibt noch einmal einen Ueberblick über die bisher veröffentlichten 119 Fälle und bespricht die Kontraindikationen (zahlreiche epileptische Anfälle und Athetose s. Orthopädenkongress). Heile-Wiesbaden betont die von ihm wiederholt festgestellte günstige Wirkung epiduraler Injektionen bei Ischias skoliotica, wobei er sich nicht mit Einspritzungen durch das Foramen sacrale begnügt, sondern nach der von ihm ausgebildeten Technik auch direkt durch die höheren Zwischenwirbelräume eindringt. Kappis-Kiel sah ebenfalls gute Erfolge bei Neuralgien und hebt die Bedeutung dieser Injektionen für die Leitungsanästhesie hervor. Wilms-Heidelberg empfiehlt, um ein Eindringen der Flüssigkeit in den Duralsack zu vermeiden, erst Kochsalzlösung einzuspritzen

56



und dann erst die Novokainlösung folgen zu lassen. Baruch-Breslau betont die Wichtigkeit der Lumbalpunktion für die Diagnostik der Rückenmarkstumoren. Er berichtet über Gelbfärbung, hohen Eiweissgehalt und schnelle Gerinnbarkeit der Zerebrospinalflüssigkeit als ein charakteristisches Symptom für Kundatumosen. Einzelne interessante Fälle, wie Varizenbildung des Rückenmarks, Pachymeningitis bespricht Borchard-Berlin.

Einen Fall von gelungener Gesichtsplastik nach Verbrennung, in welchem die fehlenden Augenbrauen und Barthälfte aus der behaarten Kopfhaut gewonnen, zeigte Lexer-Jena. Ferner demonstrierte er eine gelungene Ueberpflanzung der Vena saphena nach Exstirpation eines sehr grossen Aneurismas der art. fem. — Henle-Dortmund empfiehlt für den Fall, dass Lumen der Vene und Arterie nicht zueinander passen, 2 Venen in der Längsrichtung aneinander zu nähen und dann einzupflanzen. Nordmann-Schöneberg-Berlin berichtet über 3 erfolgreiche Fälle, in welchen er nach Lexer bei Ptosis des Augenlides und bei herabhängendem Mundwinkel Temporalis-, bezw. Masseterplastik vorgenommen. Ueber Spätfolgen unangenehmer Natur nach operativem Gaumenspaltverschluss, welche sich in einer starken Verengerung des Oberkiefers zeigen und nur bei in kindlichem Alter Operierten auftreten, berichtet Hagemann-Marburg, während Helbing-Berlin trotz sehr grossem Material solche Schädigungen nur in geringem Masse beobachtet hat, die sich dann durch geeignete orthodentrische Behandlung ausgleichen liessen. Jenckel-Altona empfiehlt zur Behandlung der Oesophagusstenose die zu diesem Zwecke bisher in Deutschland wenig angewandte Elektrolyse, namentlich bei Aetzstrikturen gegenüber den sehr komplizierten Plastiken. Eine auf plastischem Wege neugebildete Speiseröhre stellte Frangenheim-Leipzig vor, und Lexer berichtete über das Wohlbefinden seines auf dem vorjährigen Kongresse vorgestellten Patienten. —

Kocher-Bern berichtet über weitere Untersuchungen über Veränderungen des Blutbildes bei Schilddrüsenerkrankungen. Er fand dasselbe bei Cachexia thyreopriva in gleicher Weise verändert, wie bei Basedow. Nur die Blutgerinnungsverhältnisse seien andere. Gebe man nun einem an ersterer Erkrankung Leidenden Schilddrüsenpräparate, so werde das Blutbild allmählich normal. Reiche man dagegen einem Basedowkranken solche, so verschlimmere sich das Blutbild. Es ist hier also ein neuer Beweis gegeben dafür, dass es sich beim Basedow um eine Hyperthyreose, bei der Cachexia thyreopriva um eine Hypothyreose handele. Ferner weist Kocher auf die Mitbeteiligung der anderen Drüsen mit innerer Sekretion bei Basedow hin, wobei aber die Schilddrüse die dominierende Rolle behalte. Diese Veränderungen in dem Pankreas, den Nebennieren und der Thymus werden von Kocher junior-Bern unter Mitteilung der mikroskopischen Befunde noch näher erörtert, während Bayer-Bonn das Verhältnis der Thymus zu Basedow-ähnlichen Erkrankungen beim Tierversuch erläutert. Klose-Frankfurt zeigte lehrreiche Lichtbilder zur Pathologie der Thymusdrüse. Ein Schutz der Epithelkörperchen und des Recurrens bei der Kropfoperation ist nach de Quervain-Basel nur dadurch möglich, dass man diese Teile überhaupt nicht freilegt. Er schildert die anatomische Lage derselben in den die Schilddrüse umgebenden Spalträumen



zusammen mit der art. thyreoidea inf., deren Unterbindung daher vor der Luxation des Kropfes vorgenommen werden müsse. Auch Ziemendorf-Arnswalde, Krecke-München, welcher unter 600 Fällen 6 mal Tetanie beobachtet hat, und Kausch-Berlin-Schöneberg, der die Exstirpation unter Schonung des unteren Teiles der Schilddrüse empfiehlt, machen Vorschläge zur Schonung der Epithelkörperchen. Kocher-Bern betont, dass es jedenfalls unzulässig ist, beide arteriae Thyreoid. inff. in einer Sitzung zu unterbinden. —

Zur Verhütung der Trachealstenosen nach Tracheotomieen empfiehlt Thost-Hamburg statt des üblichen Längsschnittes einen runden Einschnitt zu machen und sich anderer Kanülen zu bedienen. Rehn-Frankfurt setzt zu demselben Zwecke auf den Längs- einen Querschnitt. — Glücksmann-Berlin gelang es, bei einem Knaben eine Patronenhülse, welche erst in den linken, dann in den rechten Bronchus gefallen war, mit Hilfe des Röntgenschirms vom Munde aus zu entfernen. —

Das Kapitel über Lungenchirurgie wurde von Cloetta-Zürich mit einem Vortrage zur Physiologie und Pathologie der Lungenzirkulation und ihre Bedeutung für die intrathorakale Chirurgie eingeleitet, in welchem er ausführt, dass die Lungenatmung im geblähten Zustande derselben nicht so ausgiebig, wie im retrahierten. Aus diesen und anderen Erwägungen kommt er zu dem Schlusse, dass das Unterdruckverfahren, welches bei geringerer Kraft gleiche Resultate, wie der Ueberdruck erziele und die Zirkulation weniger beeinflusse, diesem überlegen sei. Er bespricht dann die chirurgische Therapie der Lungenschwindsucht mit Rippenresektion und künstlichem Pneumothorax, von denen die erstere Operation günstigere Bedingungen schafft. Diese Feststellungen von Cloetta betreffs der Verschiedenheit von Ueber- und Unterdruck werden von Dreyer-Breslau bezweifelt, weil sich die Verhältnisse in der Praxis anders darstellen, als im Experiment. Ueber die Erfolge der Freundschen Operation bei Lungenspitzentuberkulose spricht Kausch-Schöneberg-Berlin. Er hat die Operation 5 mal ausgeführt und kann über 3 Besserungen, aber keine vollständige Heilungen berichten. Von grosser Wichtigkeit sei eine richtige Indikationsstellung und dazu eine genaue Messung der oberen Thoraxapertur notwendig. Prophylaktisch komme die Operation vielleicht bei familiärer Erkrankung in einem bestimmten Lebensalter in Betracht. Weniger eingreifend, als die Friedrichsche Operation ist die von Wilms-Heidelberg angegebene Methode, durch Resektion kleiner Rippenstücke der erwünschten Lungenkollaps bei Phthise herbeizuführen. Die Operation, welche ihm bei einseitigen, nicht schnell fortschreitenden, bereits eine Neigung zur Schrumpfung zeigenden Fällen gute Erfolge gegeben, hat den Vorteil, dass sie unter lokaler Anästhesie, worüber Francke-Heidelberg berichtet, vorgenommen werden kann, den Nachteil, dass sie zweizeitig ausgeführt werden muss. Eine Anzahl Kranker, mit Verletzungen der Brust- und Bauchhöhle, mit Mediastinaltumoren, mit Unterbindung der Pulmonalarterie wegen Bronchiektasen, mit Erfolg operiert, führt Sauerbruch-Zürich vor. De Quervain-Basel ist mit der Unterbindung der Arterie in Fällen von Bronchiektase nicht immer ausgekommen, sondern musste zur Resektion des Unterlappens schreiten. Ueber erfolgreiche Cardiolyse bei Verziehungen des Herzens nach



rechts berichtet van den Velden-Düsseldorf. Schmidt-Prag hat in 3 Fällen von Embolie der Lungenarterie die Trendelenburgsche Operation ausgeführt, aber in keinem der Fälle die Patienten zu retten vermocht. Müller-Rostock empfiehlt bei inoperablen Tumoren unterhalb des Brustbeins zur Beseitigung der Atemnot dieses in der Längsrichtung zu spalten. Tiegel-Dortmund hat mit gutem Erfolg zur Verhütung der Pleurainfektion bei Lufteintritt ein Ventildrain konstruiert, Steinmann-Bern zeigt einen einfachen Ueberdruck-Narkoseapparat, Hesse-Petersburg berichtet über 3 eigentümliche, mit Erfolg operierte Fälle von Lungenverletzungen, in denen Fremdkörper (1 mal ein Bleistift aus der Seitentasche, ferner Glassplitter und eine Messerklinge) in die Lunge gedrungen waren. v. Eiselsberg-Wien spricht sich für möglichst konservative Behandlung der Lungenverletzungen aus. Ausgedehnte Zwerchfelloperationen musste Anschütz-Kiel zur radikalen Entfernung einer Geschwulst ausführen. Zum Abschlusse der Brusthöhle bediente er sich mit Erfolg der Leber. Borchard-Posen benutzte in einem solchen Falle die Lunge selbst, die er in den Defekt einnähte, zum Abschluss der beiden Höhlen voneinander. Dollinger-Budapest nähte einen Muskellappen ein, Sprengel-Braunschweig konnte das Zwerchfell direkt vernähen. — Zur Erweiterung des Thorax empfiehlt Klapp-Berlin ein vorläufig erst bei Hunden erprobtes Verfahren, die Implantation von kleinen Rippenstückchen in künstlich geschaffene Lücken der Rippen. Fürbringer-Braunschweig meint, dass man diese gewünschte Erweiterung ohne Operation mit Hilfe der Kuhn'schen Saugmaske erreichen kann, die er auch bei anämischen Mädchen zur Durchlüftung der Lungen, bei langem Krankenlager zur Verhütung von Hypostasen empfiehlt. Gilmer-München entfernte zur Erweiterung des Thorax kleine Stückchen aus je 8 Rippen, wodurch er eine Umfangszunahme von 7 cm erzielte. Auf den Unterschied bei Knochen- und Knorpelresektionen macht Axhausen-Berlin aufmerksam. Während der Knochen leicht mit der Randnekrose fertig werde, sei dies beim Knorpel nicht der Fall. Es können hier leicht langdauernde Fisteln entstehen, wenn man nicht sehr sorgfältig die Knorpelwunden mit Weichteilen bedecke. Röpke-Jena macht darauf aufmerksam, dass diese Forderung bei eitrigen Prozessen nicht zu erfüllen sei, während Lauenstein-Hamburg Axhausen beipflichtet und sogar bei Nichtbefolgung dieser Regel Losstossung des ganzen Knorpels gesehen hat. Ueber pleurogene Extremitätenreflexe, für welche noch eine anatomische Erklärung fehlt, berichtet v. Saar-Innsbruck. — (Forts. folgt.)

Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie.

Olivero, C. (Turin), Untersuchungen über die Phagozytose in vitro. (Arch. per le scienze mediche, Bd. 36, H. 4.)

Die Untersuchungen über die Phagozytose wurden bisher in 0,9 % NaCl lösung gemacht, welche für viele Bakterien giftig ist, sind daher nicht durchaus beweisend. O. hat sie deshalb mit dem „künstlichen Serum“

Adlers, d. h. 0,59 % Kochsalzlösung, der etwas kohlensaures Natron und geringe Mengen KCl, $CaCl^2$, $MgCl^2$, NaH^2PO^4, sowie etwas Glukose und Gummi zugesetzt sind, wiederholt; außerdem ließ er Leukozyten ihre Fähigkeiten an einem chemisch indifferenten Stoffe, Kohlenpulver, in Adlerscher Lösung ausüben. Es ergab sich, daß sowohl bei letzterem Versuch als bei den Versuchen mit Bakterien die Phagozytose besser von statten ging als in Kochsalzlösung. Die Leukozyten arbeiten also besser in dem ihnen kongenialen künstlichen Serum und vermögen in demselben selbst ungeschädigte Bakterien unschädlich zu machen. Fr. von den Velden.

Gudzent, Fr. und **Apolant, E., Eine einfache Methode zum Nachweis von Harnsäure im Blut und andern kolloiden Flüssigkeiten.** (Deutsche med. Woch. **1912, Nr. 13.**)

Nachdem nachgewiesen war, daß die Harnsäure im Blute nur in salzartiger Bindung, als Mononatriumurat, existenzfähig ist, mußte der Dialysierversuch sich ganz allgemein zu einer Methode des Nachweises von Harnsäure im Blut eignen. Es ergab sich, daß eine Blutmenge von 20 ccm und eine Dialysierdauer von 3 Stunden hinreichte, um ein sicher positives Resultat zu erhalten, wenn Harnsäure im Blute vorhanden war, ferner, daß bei 60 untersuchten Patienten die mit der Methode gewonnenen Resultate immer mit den nach Krüger-Schmidt gewonnenen übereinstimmte. Das einfache Instrumentarium (zu beziehen durch A. Eberhardt, Berlin, Platz vor dem neuen Tor 1 a) besteht aus einem Dialysierzylinder mit Ablaufvorrichtung und Stativ, einem undurchlässigen Fischblasenkondom und einer Abdampfschale. Man entnimmt nach 2—3 tägiger purinfreier Diät durch Venenpunktion oder Schröpfkopf 20 ccm Blut unter Verhinderung der Gerinnung durch 1 Messerspitze Natriumfluorid, gibt in den Zylinder 40 ccm Wasser, bringt das Blut in das Kondom und hängt dieses so in den Zylinder, daß das Niveau des Blutes einige mm höher ist als das des Wassers. Ein Korken befestigt das Kondom und schließt den Zylinder ab. Nach 2 Stunden läßt man das Wasser in die Schale ab und säuert es mit 6—10 Tropfen verdünnter HCl an. Die gleiche Prozedur wird noch zweimal wiederholt, dann läßt man die vereinigten 3 Dialysate vorsichtig abdampfen (Wasserbad) und stellt mit dem Rückstande die Murexidprobe an. Eine quantitative Bestimmung der Harnsäure ist mit dieser Methode nicht möglich. M. Kaufmann.

Martiri, A., Beitrag zur Kenntnis der Gallencholestearins beim Menschen. (Riv. crit. di clin. med. 1912, Nr. 12—14.)

Wenn man auch nicht ausschließen kann, daß ein Teil des Gallencholestearins (ein nur ganz kleiner unter normalen, ein größerer unter pathologischen Verhältnissen) von den Epithelien der Gallenwege herrührt, so ist doch sicher, daß der größte Teil aus der Leberzelle selbst stammt. Ein Teil des von letzterer sezernierten Cholestearins muß sich schon präexistent in der Blutbahn befinden, und zwar teilweise als exogenes Cholestearin aus den Verdauungsorganen, teils als endogenes aus dem Stoffwechsel stammend. Unter gewissen pathologischen Verhältnissen (Diabetes, Arteriosklerose, Urämie, Cholämie) befindet sich im Blute eine übergroße Menge endogenen Cholestearins, und es ist sehr wahrscheinlich, daß in solchen Fällen der Hypercholestearinämie eine Vermehrung des Gallencholestearins entspricht. Verfasser gab zwei Individuen mit lange bestehender Gallenfistel per os große Mengen Cholestearin und fand danach keine Vermehrung des Gallencholestearins; doch darf man daraus nicht schließen, daß sich Normalindividuen ebenso verhalten; denn man muß annehmen, daß die beiden Versuchspersonen mit ihrem lange dauernden Cholestearinverlust das im Übermaß in der Nahrung dargebotene Cholestearin rasch resorbierten und in ihren an Cholestearin verarmten Geweben deponierten. Auch das Lebergewebe kann, wie Verfasser aus Durchspülungsversuchen mit reichlichem Mineralwasser schließen will, exogenes Cholestearin aufspeichern. Aller Wahrscheinlichkeit nach genügt Überschuß von Cholestearin in der Galle



nicht zur Steinbildung; es müssen noch andere uns bisher unbekannte Bedingungen hinzukommen. Wenn wir nun bei Gallensteinkranken eine gewisse Tendenz zum Ausfall von Cholestearin aus der Galle annehmen, so kann man sich wohl denken, daß bei Cholestearinüberschuß im Blut, also bei schwerer Cholämie, ein Übermaß von Cholestearinzufuhr die Bildung neuer Steine begünstigen kann. Unter anderen Umständen erscheint auch bei Gallensteinkranken, gute Verdauung vorausgesetzt, die Darreichung von cholestearinreicher Kost unbedenklich. M. Kaufmann.

Libertini, G., Über den diagnostischen Wert der Cammidgeschen Kristalle bei Pankreaserkrankungen. (Riv. crit. di clin. med. 1912, Nr. 11.)

Verfasser untersuchte bei 10 Gesunden und 40 Kranken auf die Cammidgesche C-Reaktion und fand vor Vergärung des Harns 37, nach Vergärung 33 positive Reaktionen (bei den Gesunden 6 resp. 5). Bei einem und demselben Individuum konnte die Reaktion bald positiv, bald negativ sein. Ein diagnostischer Wert dürfte ihr demgemäß nicht zukommen.

M. Kaufmann.

Goldmann, E. E. (Freiburg i. B.), Über experimentell erzeugte Wachstumshemmungen an Mäusetumoren. (Zentralbl. f. Chir. 1912, Nr. 1.)

In der Annahme, daß für die wachsende Geschwulstzelle die Leber eine analoge Funktion hat, wie die Plazenta für den Embryo, hat G. an Mäusetumoren Versuche mit einer leberschädigenden Substanz „Icterogen“ aus dem Ehrlichschen Laboratorium gemacht und Beeinflussung der Geschwülste dadurch gesehen, die er einer spezifischen Arsenwirkung des Icterogens zuschreibt, wobei threptischen, von der Leber beherrschten Einflüssen eine bestimmende Rolle beizumessen ist. Die ausführliche Begründung dieser Theorie erfolgt anderweitig. Die kurze vorliegende Mitteilung geschah aus Veranlassung des Wassermannschen Vortrags über chemotherapeutische Beeinflussung von Mäusegeschwülsten durch Selenpräparate.

M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Innere Medizin.

Cavina, Giov. (Bologna), Pathogenese des akuten Lungenödems nach Adrenalininjektion. (Arch. per le Scienze Mediche, Bd. 36, H. 1.)

An den Untersuchungen über die Ursache des Lungenödems nach Injektion toxischer Adrenalindosen in die Venen des Kaninchens scheinen mir für den praktischen Arzt nur folgende Überlegungen von Interesse zu sein: Lungenödem kommt hauptsächlich bei interstitieller Nephritis, Arteriosklerose und Aortenerkrankungen vor. Nun finden sich bei solchen Kranken häufig Veränderungen der Nebennieren, besonders Hypertrophie der Marksubstanz, und die Nebennieren enthalten mehr Adrenalin, als man sonst bei Autopsieen feststellen kann. Es scheint also, daß diese Hyperfunktion der Nebennieren nicht nur die Ursache des erhöhten Blutdruckes ist, sondern auch bei der Entstehung des Lungenödems eine Rolle spielt.

Fr. von den Velden.

Kayser, Die Behandlung des Asthma bronchiale und verwandte Zustände mit Kalziumsalzen. (Therapeutische Monatshefte 1912/3.)

Dosis: Calcii chlorati 20,0, Sirup. spl. 40,0, Aq. ad 400,0. Ds. zweistündlich 1 Eßlöffel in Milch.

Wirkung: in 13 von 15 Fällen wesentliche Erfolge; die Anfälle nahmen nach 3—4 tägigem Gebrauche ab, um Monate lang nicht wieder zu kommen. Schon binnen kurzem bemerken die Kranken eine freiere Atmung, die Lösung des Schleims und eine bessere Nachtruhe. Volle Wirkung am dritten Tage. Keine unangenehmen Nebenwirkungen. Zweckmäßig ist es, die Medikation in allen Fällen 8 Tage lang durchzuführen. Ebenso wertvolle Dienste leistet das Mittel als Prophylaktikum. v. Schnizer-Höxter.



Falta, W., Kriser und Zehner, L., Über die Behandlung der Leukämie mit Thorium. (Wiener klin. Woch. 1912, Nr. 12.)

Tierversuche ergaben, daß dem Thorium X eine intensive und elektive Wirkung auf den Leukozytenapparat zukommt, und daß bei bestimmter Dosierung sonst keine Schädigungen des Organismus zu beobachten sind. Ebenso konnten die Verfasser an sich selbst sowie an unheilbaren Karzinomkranken die Unschädlichkeit selbst hoher Dosen (500 000 M. E.) feststellen. Therapeutisch wurde das Thorium bei 4 Leukämien, 2 lymphatischen und 2 myeloischen, zur Anwendung gebracht. Eine der letzteren starb 6 Tage nach der letzten Injektion an einer Pneumonie; in allen Fällen war der Einfluß auf die Leukozyten, die Milz und das Allgemeinbefinden sehr ausgesprochen. Ob Fortsetzung der Behandlung den Erfolg noch vervollständigen kann, ob der Erfolg von Dauer ist, das muß sich erst zeigen. Jedenfalls konnte in 2 Fällen, in denen die Röntgenbehandlung nicht mehr wirkte, die Thoriumbehandlung noch Erfolge erzielen; doch könnte in einem anderen Falle gerade so gut einmal das Umgekehrte zutreffen. Das Thorium erlaubt eine genaue Dosierung und läßt Röntgenschädigungen sicher vermeiden; aber es könnte sein, daß es selbst uns bisher unbekannte schädigende Wirkungen ausübt. M. Kaufmann.

Stone (Toledo). The medical aspect of chronic typhoid infection (typhoid bacillus carriers). (The americ. journ. of the med. sciences 1912/4.)

1. Nicht nur Träger, sondern alle, die mit Typhuskranken zu tun haben, einschließlich Ärzte und Wärterinnen, sollten einer immunisierenden Behandlung unterworfen werden. Dabei ist auch auf solche zu achten, die an Cholezystitis oder sonst einer Spätmanifestation leiden. 2. Eine solche Behandlung ist sehr wirksam und mit wenig Störung verknüpft. Ärzte und das Pflegepersonal sollten alle 2—3 Jahre immunisiert werden, ebenso alle anderen, die en- oder epidemischen Ausbrüchen ausgesetzt sind. 3. Wenn klinisch oder bakteriologisch eine Cholezystitis durch Typhus festgestellt ist, so frägt es sich, ob die Vakzinebehandlung allein hilft, meist wird chirurgische Behandlung nötig. Andererseits leistet die Vakzinebehandlung gute Dienste bei den durch Typhusbazillen hervorgerufenen Affektionen des Darm- und Urinaltraktus. 4. Chronische Typhusträger, die erfolglos behandelt wurden, sind unter staatliche ärztliche Kontrolle zu nehmen, insbesondere ist ihnen der Handel mit Nahrungsmitteln zu verbieten.

v. Schnizer-Höxter.

Gluzinski, A., Weitere Beobachtungen über meine Methode der Erkennung des Charakters der Pylorusstenose, beziehungsweise des Übergangs des runden Magengeschwürs in Krebs. (Wiener klin. Woch. 1912, Nr. 15.)

Den Wert seiner bekannten Methode zum Nachweis der malignen Degeneration eines Ulkus bezw. des malignen Charakters einer Pylorusstenose beleuchtet Verfasser hier nochmals an der Hand von 17 Fällen. Die Methode besteht bekanntlich darin, daß an einem Tage drei Aziditätsbestimmungen, im nüchternen Magen, nach Probefrühstück und nach Probemahlzeit vorgenommen werden. Der überwiegende Teil der Fälle bot schon am ersten Tage die Merkmale der sekretorischen Insuffizienz: schwache Gesamtazidität, Verminderung oder gänzliches Fehlen freier HCl nüchtern, während bei den beiden anderen Proben HCl sehr reichlich vorhanden war, oder es fehlte HCl nur nach dem Probefrühstück oder erst nach der Probemahlzeit. Erscheint eine zweite Untersuchung nötig, so nimmt man sie 10—14 Tage später vor und kräftigt inzwischen den Patienten; oft tritt jetzt (besonders nach Spülungen) die sekretorische Insuffizienz noch deutlicher hervor.

M. Kaufmann.

Bossart (St. Gallen), Zur Kenntnis der Gastritis phlegmonosa. (Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte 1912/6.)

Die Gastritis phlegmonosa ist eine Krankheit hauptsächlich der niederen Berufsarten, und zwar ist die primäre, idiopathische Form viel häufiger, als die sekundäre. Für Diagnose charakteristisch: eine auffallende motorische



Unruhe des Patienten; eigentümlicherweise werden dabei die Schmerzen nicht gesteigert. Die Eintrittspforte der idiopathischen Form der Magenphlegmone ist meist im Plattenepithel des kardialen Ösophagusteiles. Besonders disponiert für Streptokokkeninfektion scheinen geringfügige Verletzungen und Epitheldefekte dieser Stelle zu sein. v. Schnizer-Höxter.

Richartz, H. L., Zur Frage der Chlorentziehung bei Hypersekretion des Magens. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 15.)

In hartnäckigen Fällen von Hypersekretion hat Verfasser eine chlorarme Kost mit täglicher Magenspülung verwendet. Im ganzen verfügt er über 9 Fälle, von denen 7 günstig beeinflußt wurden, 2 sich refraktär verhielten. Die Chlorzufuhr wurde auf etwa 3 g beschränkt, die Spülungen wurden $2^1/_2$ Stunden nach der Hauptmahlzeit vorgenommen. Sie sind nötig, da durch die chlorarme Diät allein die Chlorreserven des Körpers viel zu langsam beseitigt werden. M. Kaufmann.

Verbrycke (Washington), Chronic. Cholecystitis. (The american journ. of the med. sciences 1912/4.)

1. Es gibt zahlreiche Dyspeptiker, deren Symptome durch Erkrankung der Gallenblase bedingt ist. 2. Frühzeitige Diagnose und Behandlung, womöglich vor dem Auftreten von Gallensteinen. 3. Die einzig richtige Behandlung für eine gewisse Klasse von Fällen ist die chirurgische. 4. In allen früh erkannten Fällen mit Ausnahme der gefährlichen, akuten, sollte vor dem chirurgischen Eingriff die innere Behandlung versucht werden, weil in einer beträchtlichen Zahl Heilung erreicht wird, besonders wenn sich Steine noch nicht gebildet haben, was allerdings oft schwer zu sagen ist. 5. Diese innere Behandlung kann solchen Kranken, die noch keine Obstruktionssymptome hatten, nichts schaden. Kommen dann noch 2 Anfälle vor, so ist es Zeit zum chirurgischen Eingriff. v. Schnizer-Höxter.

Chirurgie und Orthopädie.

Audebert, La Dilatation aiguë de l'Estomac chez les Accouchées. (Annal. de Gynéc. et d'Obst. 1912, 39. Jahrg., 9. Bd., p. 92.)

Das Bild der akuten Magendilatation infolge Duodenalverschlusses nach Operationen, besonders abdominalen, ist den Chirurgen und Gynäkologen bereits ganz geläufig. Aber auch der Geburtshelfer wird demselben des öfteren begegnen, wenn er darauf achtet. A. kann aus der französischen Literatur allein 8 Fälle nach Geburten zusammenstellen, denen er zwei selbst erlebte hinzufügt. Die Fälle verliefen an sich gerade so, wie die postoperativen. Ätiologisch macht A. in erster Linie das Chloroform verantwortlich. In 8 von den 10 mitgeteilten Fällen war es verabreicht worden, z. T. in der Form à la reine. Die Toxizität des Chloroforms äußere sich in einer teilweisen Lähmung der intestinalen Muskulatur. — Stets erwies sich die Schnitzlersche Bauchlage auch ohne gleichzeitige Magenausspülung als souveränes Mittel. Die Krankheitssymptome setzten entweder sofort nach der Entbindung, oder einige Stunden, ja auch erst 1—2 Tage danach ein. R. Klien-Leipzig.

Favento, Über Prostatektomie. (Wiener klin. Woch. 1912, Nr. 15.)

Auf der urologischen Abteilung des Triester Zivilspitals wurden bisher im ganzen 12 perineale und 71 suprapubische Prostatektomien ausgeführt. Von den 12 perineal Operierten starben 2, die andern 10 wurden geheilt. Von den 71 mit der suprapubischen Methode Operierten (meist mit Rachianaesthesie) starben im ersten Monat $12 = 16{,}9\,\%$, meist an Pyelonephritis. 59 genasen; von 43, über die Nachricht zu erhalten war, sind 9 an interkurrenten Krankheiten gestorben, während 34, teilweise schon seit Jahren, gesund sind. M. Kaufmann.



Tirumurti, T. S. (Madras), **Die Wichtigkeit der Untersuchung des Scrotums bei Abdominaltumoren.** (Practitioner, Bd. 88, H. 4.)

1. Fall. Abdominaltumor, bei der Laparotomie inoperapel befunden, ein exzidiertes Stück zeigte die Struktur des Hodengewebes. Erst jetzt fand man einen, seit $1^1/_2$ Jahren bestehenden Hodentumor, von dem der Bauchtumor eine Metastase war.

2. Fall. Myxosarkom eines im Inquinalkanal zurückgehaltenen Hodens.

3. Fall. Kindskopfgroßer Tumor im Becken, aus einem zurückgehaltenen Hoden hervorgegangen, mit ausgebreiteten Metastasen. Erst bei der Obduktion wurde das Fehlen des einen Hodens im Skrotum bemerkt.

Daß Testikel, die nicht am richtigen Platze sind, besondere Neigung zu maligner Degeneration haben, wird ziemlich allgemein anerkannt; weshalb man mit Recht nicht viel Federlesens mit einem unterwegs steckengebliebenen Hoden macht, sofern Beschwerden von ihm ausgehen. Hodentumoren kommen gewöhnlich spät zur Operation, da sie keine Schmerzen machen und nur durch ihr Gewicht lästig werden. Sie pflegen malign zu sein, und häufig findet man alsbald Metastasen in den Lymphdrüsen des Bauches, die so groß sein können, daß sie Ödem der Beine hervorrufen. Selbst wenn der Hodentumor frühzeitig und bei anscheinend gesundem Samenstrang operiert wird, treten gewöhnlich bald Metastasen im Abdomen auf (häufig auch im Wirbelkanal, Ref.).

Aus den mitgeteilten Fällen ergibt sich, daß man bei allen dunkeln Bauchtumoren gut daran tut, sich das Skrotum anzusehen.

Fr. von den Velden.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Holzbach, Ernst (Tübingen), **Darf dem praktischen Arzt eine Behandlung des fiebernden Aborts nach bakteriologischen Gesichtspunkten heute schon zugemutet werden?** (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 368.)

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob die bakteriologische Prüfung des Uterusinhaltes bei Aborten schon so ausschlaggebend und eindeutig ist, daß man davon die Art der Behandlung einwandsfrei abhängig machen kann. Er kommt zu dem Schlusse, daß diese Frage unbedingt zu verneinen ist. Denn einmal ist es sehr fraglich, ob die Scheu vor der Ausräumung bei Anwesenheit virulenter Keime berechtigt ist. In der Tat liegt die Annahme nahe, daß es gar nicht erst der Ausräumung bedarf, um virulente Keime in die Blutbahn zu bringen. Bei ihrer großen Aggressivkraft ist es nicht unwahrscheinlich, daß gerade durch abwartende Behandlung der Übergang in die Blutbahn begünstigt wird. Ebenso ist die Annahme abzulehnen, daß pathogene Keime dadurch, daß sie zu saprophytärem Wachstum gezwungen werden, ihre Virulenz verlieren. Gerade die in der letzten Zeit in der Literatur niedergelegten Erfahrungen weisen auf das Gegenteil hin. Wir müssen dem Autor Recht geben, wenn er verlangt, daß erst die bakteriologischen Streitfragen durch umfangreiche Reihenerfahrungen der Kliniken geklärt werden müssen, bevor man die konservative Behandlung des Abortes als reife Methode dem Praktiker zumuten darf. Frankenstein-Cöln.

Klein, Gustav (München), **Zur Pathologie der menstruellen Blutung.** (Monatsschrift f. Geb. u. Gyn., Bd. 35, p. 146.)

Aus seinen leider mehr oder weniger hypothetischen Anschauungen über das Wesen der Menstruation leitet Kl. eine sehr interessante, zusammenhängende Darstellung von pathologischen Menstruationsformen her, deren Zusammenfassung hier kurz besprochen seien. Er stellt zunächst die Forderung auf, gerade zur Erklärung der Ursache und Bedeutung der menstruellen Blutung als Ergänzung der histologischen Untersuchung die biochemische heranzuziehen. So fand er, daß die Mucosa uteri unter dem Einflusse der Oophorine (Stoffe, die von den Ovarien ausgeschieden wer-



den) befähigt wird, das mütterliche Blut in bestimmter Weise zum Nährblut für das Ei umzuwandeln. Bleibt das erwartete, befruchtete Ei aus, so fließt das Nährblut ungenützt als Menstrualblut ab. Nährblut und Menstrualblut sind ungerinnbar. Die Dysmenorrhoea membranacea kann durch eine Selbstverdauung der spongiösen Schicht der Corpusmucosa erklärt werden. Dysmenorrhoe, menstruelle Schmerzen können dadurch entstehen, daß bei ungenügender Bildung von Oophorinen die Uterusmukosa ganz oder teilweise gerinnendes Blut ins Cavum uteri ergießt; die Gerinnsel werden unter Kontraktionen des Uterus ausgestoßen. Oligomenorrhoe kann bei ungenügender Bildung von Oophorinen auftreten; es kommt hierdurch zu geringerer Schwellung der Uterusmukosa und geringerer Ausscheidung von Nährblut. Umgekehrt können Menorrhagien als physiologisch vermehrte Ausscheidung von Menstrualblut bei reichlicher Bildung von Oophorinen auftreten. Fibrosis uteri und Fettdegeneration der Muskularis uteri sind nicht als Ursachen unregelmäßiger Blutungen aufzufassen. Sie sind lediglich physiologische Erscheinungen des Präseniums und Seniums. Kl. verspricht sich von weiteren biochemischen Untersuchungen ungeahnte Ausblicke für das Verständnis der kompliziertesten Lebensvorgänge.

Frankenstein-Cöln.

Nassauer, Max (München), **Die vaginale Pulverbehandlung.** (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 523.)

N. hat das Verdienst, die Pulverbehandlung in die Gynäkologie eingeführt zu haben, nachdem es ihm gelungen war, die Zwecklosigkeit der bisherigen Spülbehandlung zu betonen. Vor 3 Jahren erschien seine erste Arbeit, heute hat er die Genugtuung seine Resultate auch in der Tierheilkunde bestätigt zu sehen. Lauterbach konnte zeigen, daß die Pulverbehandlung bei dem Ausfluß der Kühe gute Erfolge zeigt. Durch Anwendung dieser Behandlung vor der Schlachtung der Kühe gelang ihm auch der experimentelle Nachweis, daß es durch Anwendung des von Nassauer angegebenen Siccators möglich ist, das Pulver in alle Buchten der Scheide hereinzubringen.

N. verfügt zur Zeit über die an 660 Fällen gemachten Erfahrungen; er fand, daß bei exakter Behandlung stets ein voller Erfolg erzielt wurde. Er gebraucht vorwiegend Bolus alba, die er nach Trockenlegung der Vagina im Speculum möglichst dick aufträgt. Dann läßt er sofort zu Hause mittels Siccators 3—4 mal täglich neue Einblasungen vornehmen und nur alle 3—4 Tage die eingedickten Pulvermassen durch Ausspülung entfernen. Das Pulver absorbiert nämlich das Sekret vollständig, wodurch die Reizung durch das gestaute Sekret wegfällt. Die behandelten Fälle werden 1—2 mal wöchentlich kontrolliert, nach einigen Wochen ist nur noch 1—2 mal täglich einzupudern. Das Verfahren ist auch bei Kindern mit gonorrhoischer Vulvovaginitis anwendbar.

Weiterhin hat N. Versuche gemacht, durch Kombination der Bolus alba mit anderen Präparaten noch adstringierend zu wirken. Hier leistete ihm das Lenicet gute Dienste. Endlich hat er versucht, durch Kombination mit Jod eine resorbierende Wirkung zu entfalten, um so event. die Tamponbehandlung zu verdrängen. Er verwendet die Pulverbehandlung bei allen lokal bedingten Fluorleiden, bei akuter und chronischer Gonorrhöe u. a. Für die mit Gummihandschuhen arbeitenden Kollegen wird es von Interesse sein, daß der Siccator auch zum Wenden der Handschuhe gebraucht werden kann, wobei er zugleich die Handschuhe einpudert. Ref. möchte seinerseits hinzufügen, daß er mit der Pulverbehandlung ebenfalls gute Erfahrungen gemacht hat. Frankenstein-Cöln.

Traugott, M. (Frankfurt a. M.), **Zur Technik und Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung des Uterussekretes in der Praxis.** (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 188.)

T. hält die Untersuchung des Uterussekretes auch für den Praktiker für außerordentlich wichtig, und behauptet, daß die Schwierigkeit derartiger Untersuchungen nicht so groß sei, daß diese daran in der Praxis



scheitern könnten. Er weist auf die prognostische, diagnostische und therapeutische Bedeutung der Sekretuntersuchung hin; ja er meint sogar, auch deren prophylaktische Bedeutung hervorheben zu sollen. Demnach ist der Vorwurf der Wertlosigkeit der Methode ungerechtfertigt. Von irgend einer Gefahr der Entnahme des Untersuchungsmateriales kann keine Rede sein, wenn man sich einer geeigneten Methode bedient. Dabei ist zu beachten, daß die Annahme falsch ist, es fänden sich die Streptokokken in allen Fällen, in denen sie im Uterus sind, auch in der Vagina. Die bakteriologische Untersuchung des Vaginalsekretes aus irgend einem Abschnitt der Vagina ist keineswegs der Untersuchung der Uteruslochien gleichwertig. Die genaue Technik der Sekretentnahme, wie sie an der Frankfurter Klinik gehandhabt wird, ist im Originale nachzulesen. Das wesentlichste ist, daß dieselbe mit einem Wattepinsel stattfindet und nicht mit dem Lochienröhrchen von Döderlein. Frankenstein-Cöln.

Haenisch, Fedor (Hamburg), Operationskastration oder Röntgenkastration. (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 311.)

Es konnte nicht ausbleiben, daß die seinerzeit hier besprochene Arbeit v. Herffs eine Antwort von röntgenologischer Seite finden mußte. H. meint, daß die Parallelen, welche der erste Autor gezogen hat, nicht sehr glücklich waren, da er die Resultate hervorragender Gynäkologen mit denen geringerer Röntgenologen vergleicht. Eins muß er allerdings zugeben, daß nämlich die Dauererfolge der Behandlung mit Röntgenstrahlen noch nicht vorliegen. Ferner erscheint ihm die Warnung v. Herffs vor einer forcierten Tiefenbestrahlung gerechtfertigt. Bei seiner Erwiderung vergißt Haenisch aber vollständig, daß die Arbeit v. Herffs insofern noch einen tieferen Sinn hat, als bei der operativen Myombehandlung heutzutage ja gar nicht mehr die Kastration in Frage kommt. Vielmehr handelt es sich darum, ob wir bei Myom die Kastration vorziehen, event. mittels Röntgenstrahlen oder die direkte operative Behandlung der Myome. Ref. fürchtet, daß es den Röntgenologen nicht gelingen wird, das Gros der Gynäkologen in ihr Lager zu ziehen. Frankenstein-Cöln.

Weber, Franz (München), Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. (Münch. med. Wochenschr. 1912, p. 745.)

W. berichtet über die an der Münchner Frauenklinik mit der Röntgentherapie gemachten Erfahrungen. Bezüglich der Technik erscheint wesentlich, die Benutzung der Gundelach-Röhre und des Kompressionszylinders von Albers-Schönberg. Der Fokushautabstand beträgt bei diesem Instrumente zwangsweise 38 cm. Es wurde mit 3—4 Milliampère bestrahlt, ohne daß die geringsten Schädigungen auftraten. Die Dosis betrug 3—4 x Kienböck bei jeder Sitzung, benutzt wurden Röhren von ca. 7—10 Wehnelt. Ferner wurden 3, seltener 4 Bestrahlungen, zwischen denen ein behandlungsfreier Tag lag, vorgenommen; dann wurde eine Pause von 14 Tagen eingeschoben, um dann von neuem mit der Behandlung zu beginnen. Es liegt auf der Hand, daß dadurch eine ziemlich lange Behandlungsdauer benötigt wird, doch ist zu hoffen, daß es möglich ist, durch eine verbesserte Technik nach den technischen Angaben von Gauß, der 400 x Kienböck auf einmal anwenden konnte, die Länge der Behandlungszeit abzukürzen.

Der Behandlung wurden unterworfen, zunächst die Fälle von klimakterischen Blutungen, bei denen die Ausschabung kein Karzinom ergeben hatte. Die Erfolge waren sehr ermutigend. Bei jüngeren Individuen mit Menorrhagien und Metrorrhagien ließen die Röntgenstrahlen zuweilen im Stich, es wird zu überlegen sein, ob sich in diesen Fällen ein derartiger Versuch lohnt. Ebenso waren die Resultate bei dysmenorrhoischen Beschwerden nicht ganz einwandsfrei. Bei der Beurteilung der Myomtherapie mit Röntgenstrahlen ist zu bedenken, daß die Beeinflussung der Blutungen nicht immer ohne weiteres gelingt. Am besten gelang es intramurale Myome zu beeinflussen, während submuköse und subseröse Myome keinen Erfolg



zeigten. Hier wird es also vor allen Dingen davon abhängen, daß man eine exakte Lokalisationsdiagnose stellt. Die Versuche, jüngere Personen durch Röntgenstrahlen zu sterilisieren, sind noch nicht abgeschlossen. Die Unterbrechung der Gravidität gelang einmal, bei Pruritus vulvae wurde in 3 leichten Fällen ein Erfolg erzielt, in anderen Fällen ließ die Methode im Stich. Frankenstein-Cöln.

Kühl, Walter (Altona), **Ein Symptom für Salpingitis.** (Münchner mediz. Wochenschr. 1912, p. 424.)

K. macht auf ein Symptom aufmerksam, das er bei beginnender Salpingitis stets gefunden haben will. Es scheint, daß dieses Zeichen wertvoll sein könnte, wenn es sich einwandsfrei bestätigen ließe, zur Differentialdiagnose der Salpingitis von der Perityphlitis. Das Symptom ist ein zur Höhe des Fiebers auffällig langsamer, kräftiger Puls. In vielen Fällen dürften die Angaben K.s zutreffen, sicher ist, daß es auch Ausnahmen dieses Symptoms gibt. Ref. möchte nur an die akut beginnenden Salpingitiden erinnern, die mit schwersten peritonealen Erscheinungen einsetzen, ohne daß sich in den ersten Tagen eine genaue Lokalisationsdiagnose feststellen ließe. Frankenstein-Cöln.

Rieck, A. (Altona-Hamburg), **Vaginale Korpusamputation und Korpusresektion.** (Zentralbl. f. Gyn. 1912, No. 3.)

Schilderung der Indikationen der vaginalen Korpusamputation und der Technik der vaginalen Korpusresektion, welch letztere bei den zu starken Menstruationen jüngerer Frauen ohne besonderen pathologischen Befund angezeigt ist, um mit Vermeidung der Totalexstirpation das Bestehenbleiben der Menstruation in normalem Grade, allerdings unter Verzicht auf Konzeptionsfähigkeit, zu erzielen. M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

v. Tóth, St. (Budapest), **Über die Technik der zum Zweck einer Drainage ausgeführten Hysterotomien bei Laparotomien.** (Ztrlbl. f. Gyn. 1912, No. 2.)

Die Drainage der Bauchhöhle kann erfolgen

1. durch die Totalexstirpation des Uterus mit vollständigem Offenlassen der Scheide
2. durch die Scheide mit Erhaltung des Uterus;
3. durch die Scheide unter dem amputierten Uterus.

Als viertes Verfahren benützte Verfasser in 30 Fällen die Drainage des Beckens durch die mittels Durchschneidung der hinteren Zervixwand und des hinteren Scheidengewölbes gewonnene breite Öffnung nach Amputation des Uterus und erzielt so die Möglichkeit einer guten Drainage bei Operationen eitriger Adnexe usw. nebst radikaler Operation ohne die Gefahren und Nachteile der vollständigen Uterusexstirpation.
M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Happich, Carl (Hohe Mark im Taunus), **Schädliche Wirkungen des Kampfers.** (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 641.)

Da seit etwa einem Jahre von gynäkologischer Seite (Hoehne) die intraperitoneale Kampferölbehandlung bei Laparotomien intensiv empfohlen werden, ist es von großer Bedeutung, wenn von sachverständiger Seite auf event. Schädigungen dieser Methode hingewiesen wird. H. hat schon früher darauf aufmerksam gemacht, daß es fehlerhaft ist, dem Kampfer eine Maximaldosis vorzuenthalten. Wir wissen, daß 2,5—4 g Kampfer auf einmal gegeben, stark toxisch wirken. Aus Tierversuchen wissen wir ferner, daß gerade ausgehungerte, schwächliche Tiere gegen dieses Mittel besonders empfindlich sind. Demnach ist es doch nicht von der Hand zu weisen, daß die Einverleibung von 5—20 g Kampfer in die Bauchhöhle nicht so ganz gleichgültig sein kann. Für die subkutane Kampferbehandlung haben die Versuche H.s keine Bedeutung, da man hierbei nur mit geringen Mengen arbeitet. Frankenstein-Cöln.



Stoeckel, W. (Kiel), **Über die Bildung einer künstlichen Vagina.** (Ztrbl. f. Gyn. 1912, No. 1.)

Nach Besprechung der verschiedenen Methoden teilt St. einen Fall mit, in dem er zur Bildung der neuen Scheide Dünndarm verwandte, wie Baldwin und Mori zuerst vorschlugen. M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

La Monica (Rom), **Ein neuer Uterusdilatator.** (Ztrbl. f. Gyn. 1912, No. 4.)

Angabe eines Modells als Verbesserung des Bossischen Instrumentes. M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Psychiatrie und Neurologie.

Mendel, K. u. Tobias, E. (Berlin), **Die Tabes der Frauen.** (Monatsschrift f. Psych. u. Neur., Bd. 31, H. 1 und 2)

Aus dem großen Material der Autoren lassen sich einige Unterschiede hinsichtlich der tabischen Erkrankung beider Geschlechter erkennen. Im allgemeinen ist der Verlauf bei der Frau ein milderer, mehr stationärer, und auch hinsichtlich mancher Symptome gilt das gleiche. So sind die ataktischen und Blasenstörungen seltener oder treten später auf, auch die lanzinierenden Schmerzen sind nicht so häufig ebenso die gastrischen Krisen und die Optikusatrophie. Dafür finden sich häufiger Arthropathien, Hemikranien und die spezifischen Krisen seitens der Genitalorgane (Clitorisvulvo-vaginale Uterus-Ovarienkrisen). Auch die Arteriosklerose scheint in früheren Jahren einzutreten als sonst bei der Frau. Von Komplikationen ist die Hysterie und scheinbar auch die Paralysis agitans wichtig. Hinsichtlich der sonstigen Symptome bestehen keine erheblichen Unterschiede. Für die Diagnose der Tabes wichtig sind die Achillessehnenreflexe, die oft schon vor den Patellarreflexen verloren gehen und also ein konstanteres Symptom darstellen als das Westphalsche Zeichen. Fast die Hälfte der Fälle zeigte das Biernackische Zeichen (Ulnarisanalgesie), 34 unter 47 das Abadiesche Symptom (Unempfindlichkeit der Achillessehne), die Hälfte der Fälle das Haehnelsche Bulbus-Symptom (Druckanästhesie des Augapfels) und fast alle das Csikysche Symptom, das eine Messung der Hypotonie erlaubt: man mißt den Abstand des höchsten Punktes des trochanter major vom Fußboden, läßt den Patienten sich bücken, so weit es bei gestreckten Knien möglich ist, und mißt dann den Abstand der vertebra prominens vom Fußboden. Bei Tabeskranken liegt dann der Trochanter höher als der vertebra prominens, bei Gesunden ist es umgekehrt. Hinsichtlich der Lues fanden sich keine Unterschiede zur männlichen Tabes, die Virgines intactae waren auf extragenitalem oder hereditärem Wege infiziert. Während beim Mann jenseits des 40. Jahres die Erkrankungshäufigkeit abnimmt, scheint das Climakterium einen Anstieg jenseits dieser Zeit zu bewirken. Eine weitere Schädigung scheint das Maschinennähen zu bewirken, doch kommt ihm ebenso wie sexuellen Exzessen, Erkältungen, Traumen, sonstiger hereditärer Belastung nur die Bedeutung einer Hilfsursache zu. Übrigens ließ sich die Lues in der überwiegenden Mehrheit aus der Anamnese der Erkrankten oder des Ehemannes feststellen. Aborte und Kinderlosigkeit sprechen nur bei noch anderweitigen Symptomen für Lues, wenn auch die Zahl der kinderlosen Frauen unter den tabischen (als Folge der Syphilis) eine weit größere ist als bei den gesunden. Während unter gewöhnlichen Verhältnissen durchschnittlich 10—15 % aller Ehen kinderlos bleiben, sind es unter den Tabesfrauen 59 % (28 % absolut steril, 31 % Aborte und Frühgeburten). Die Schwangerschaft der tabischen Frau kann aber ebenso wie Geburt und Wochenbett absolut normal verlaufen, so daß die Erkrankung an sich nicht unbedingt eine Unterbrechungsindikation darstellt. Es können aber auch die nervösen Beschwerden in der Schwangerschaft erheblich zunehmen, andrerseits wird die neuropathische Belastung des Kindes an Konzeptionsverhinderung denken lassen. Charakteristisch ist übrigens die Schnelligkeit und Schmerzlosigkeit der Geburt

sowie, daß Kindsbewegungen häufig nicht gefühlt werden. Hinsichtlich der Behandlung der Lues scheinen die Erfahrungen der Autoren eine Verkürzung der Inkubationszeit mit zunehmender Gründlichkeit der Kur zu demonstrieren, doch erlaubt dies noch keine Schlüsse gegen die Behandlung, schon allein weil wir die Zahl der durch Hg verhüteten Tabeserkrankungen nicht kennen. — Sehr ausführliche Literatur.

Zweig-Dalldorf.

Hoff, Zur Differentialdiagnose der Polyneuritis und Poliomyelitis, besonders über den Wert der Lumbalpunktion bei derselben. (Inaugural-Dissertation Bonn, 1912.)

Verfasser faßt die Ergebnisse seiner differentialdiagnostischen Erörterungen in folgenden Sätzen zusammen:

Neuere Untersuchungen und Beobachtungen haben gezeigt, daß das Krankheitsbild der Poliomyelitis weit vielgestaltiger ist, als man früher annahm. Viele Symptome, die für das Krankheitsbild der Polyneuritis charakteristisch sind, können auch bei der Poliomyelitis vorkommen. Dadurch kann die Unterscheidung der beiden Krankheiten sehr erschwert werden und manchmal überhaupt unmöglich sein. Großer Wert ist bei der Unterscheidung der beiden Krankheiten auf meningitische Symptome zu legen. Sie sprechen fast mit Sicherheit für Poliomyelitis und gegen Polyneuritis. Im Beginne der Erkrankung ist auch das Ergebnis der Lumbalpunktion von entscheidender Bedeutung: Drucksteigerung, Erhöhung des Eiweißgehaltes und Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit sprechen ebenfalls fast mit Sicherheit für Poliomyelitis. Ein völlig negatives Ergebnis der Punktion im Beginne der Erkrankung spricht mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit für Polyneuritis.

K. Boas-Straßburg i. E.

Kinderheilkunde und Säuglingspflege.

Daxenberger (Brückenau), **Die lokale Behandlung der Diphtherie.** (Medico 1912, No. 15.)

Versuche mit Bolus, die Verfasser bei Diphtherie und Scharlach-Diphtherie anstellte, hatten in allen Fällen günstige Resultate. 100 g Bolus (sterilisiert von Merck-Darmstadt) werden auf 200 g Wasser oder Tee aufgeschüttet. Von der entstehenden Aufschwemmung läßt man die Patienten alle 3 Minuten 1 Kaffeelöffel voll schlucken bis zum Nachlaß des Fiebers, dann alle 10 Minuten bis zum Schwinden des Belags. Durchweg wurde rasches Abfallen der Temperatur von 39—40° am ersten Tage auf 37,8 bis 37,0° am nächsten Tage beobachtet, ohne daß wieder Erhöhung eintrat. Der diphtheritische Belag war am nächsten Tage gewöhnlich abgestoßen. Mit dem Sinken der Temperatur schwanden meist die Schluckbeschwerden, die Halsdrüsen schwollen ab. Andere Medikamente wurden nicht angewandt, nur ein Spiritusumschlag um den Hals appliziert und nach 24 Stunden gewechselt. Die Patienten waren gewöhnlich in 4—5 Tagen außer Bett und in 14 Tagen geheilt. Frühzeitig angewandt, kann die Bolusbehandlung wohl mit der Serumbehandlung konkurrieren, von deren Schädigungen sie frei ist. Sie erfordert aber stärkere Inanspruchnahme des Arztes und des Pflegepersonals, bei ganz kleinen Kindern ist sie nicht durchführbar.

(Der Ansicht, daß die Diphtherie ohne Schaden für den Kranken auch ohne Serum behandelt werden könnte, wird nicht allseitig zugestimmt werden. Dagegen schließt die Serumbehandlung nicht aus, sich gleichzeitig die Vorteile der Bolustherapie zu Nutzen zu machen. Ref.)

Neumann.

Niehaus, Ein Beitrag zur Kenntnis der Poliomyelitis anterior acuta infantum. (Inaug.-Dissertation. Kiel 1912.)

Verfasser berichtet über einen einschlägigen typischen Fall bei einem 13 jährigen Knaben. Charakteristisch war das jähe Einsetzen der Krankheit, das weinerliche, ängstliche Wesen des Kindes, das Fehlen der Patellar-

reflexe mit Lähmung und Atrophie bestimmter Muskelgruppen und besonders der Verlauf mit restitutio ad integrum bei geeigneter Behandlung.
K. Boas-Straßburg i. E.

Ward, L. E. B. (London). **Über die intestinale Stase bei Kindern und ihre Behandlung.** (Practitioner, Bd. 88, H. 4.)

Bericht über einige Fälle, die von Lane wegen chronischer Konstipation mit gutem Erfolge operiert worden sind. Die Konstipation ist bei Kindern weniger selten als angenommen wird und besonders häufig bei solchen, die an tuberkulösen Gelenkerkrankungen leiden; außerdem kommt als ihre Folge rheumatische Arthritis, Kolongeschwüre u. a. vor. Natürlich leiden nicht alle Kinder mit tuberkulösen Gelenkerkrankungen an Darmstauung, aber gerade bei den schwerer Erkrankten scheint sie häufig zu sein. Schon äußerlich ist sie erkennbar an der schmutzig gelbbraunen Färbung der Haut, die besonders an Stirn, Augenlidern, Hals, Seiten und Gelenkbeugen deutlich ist. Die Zirkulation ist mangelhaft und die Extremitäten kühl, die Kinder sind apathisch oder reizbar. Unzweifelhaft wird die Stase durch eine Wismutmahlzeit nachgewiesen, die beim gesunden Kind nach 24 Stunden aus dem Darm verschwunden, beim konstipierten aber noch nach 70, ja 160 Stunden nachweisbar ist.

Lane operiert solche Fälle durch Implantation des unteren Dünndarmendes in das Kolon pelvicum, also mit Ausschaltung des größten Teils des Dickdarms. Auffallenderweise erfolgt keine Diarrhoë, sondern normale Stuhlgänge und Entleerung des Darms in gebührender Zeit. Die Autointoxikation verschwindet, und die Gelenkerkrankung, die in den so behandelten Fällen möglichst inaktiv angefaßt wurde (immobilisierende Verbände, allenfalls Abszeßpunktion), bessert sich rasch oder heilt aus. In zwei besonders günstigen Fällen wurde die Amputation, zu der bereits die Einwilligung gegeben war, durch die Darminplantation unnötig gemacht. Auch bei rheumatischer Arthritis und Dickdarmgeschwüren wurden gute Resultate erzielt.

Diese Erfolge sind jedenfalls sehr interessant, selbst wenn sie sich bei der Nachprüfung nicht in vollem Umfang bewähren sollten; besonders auch deshalb, weil sie auf die Entstehung der tuberkulösen Knochenerkrankung Licht werfen. Aber fragen wird man dürfen, ob denn die Darmpassage nicht auch auf naturgemäßerem Wege freigemacht werden kann und ohne daß man einen großen Teil des Dickdarms ausschaltet? Die Anregung der Peristaltik gehört doch zu den Dingen, die selbst die ärgsten Pyrrhonianer der Medizin nicht abstreiten können. Fr. von den Velden.

Hals-, Nasen- und Ohrenleiden.

Oppenheimer, S. (New-York), **Diagnostischer Wert bakteriologischer Blutuntersuchungen bei Thrombose des Sinus lateralis.** (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, 63. Bd., S. 317.)

In 130 Fällen von Mittelohreiterung mit Beteiligung des Warzenfortsatzes, aber ohne weitere Komplikation, wurde das Blut stets keimfrei gefunden; dagegen konnten unter 50 Fällen von Sinusthrombose 40 mal Keime im Blut nachgewiesen werden, und zwar handelte es sich in der Hauptsache um Streptokokken.

Die positive Blutkultur ermöglicht die frühzeitige Diagnose der Sinusthrombose auch in Fällen, in denen keine ausreichenden klinischen Symptome vorliegen. Es ist dann unbedingt nötig, gegen den Sinus operativ vorzugehen, wenn auch Streptokokken im Blute nicht unter allen Umständen zum Tode zu führen brauchen. Selbstverständlich muß vor der Operation festgestellt sein, daß der Keimgehalt des Blutes nicht etwa auf ein anderes bakterielles Leiden, wie Endokarditis, Rose, Pharyngitis, oder auf eine Thrombose anderer Venen, wie der des Beckens oder der unteren Gliedmaßen, zurückzuführen ist.



Bleiben auch nach sorgfältiger Entfernung des Thrombus noch weiter Streptokokken im Blute nachweisbar, so ist das ein Hinweis darauf, daß die Drosselblutader infektiös entzündet ist; in diesem Falle muß die Iugularis unterbunden und, soweit erkrankt, herausgeschnitten werden.

Richard Müller-Berlin.

Denker (Halle), **Zur operativen Behandlung der typischen Nasenrachenfibrome.** (Ztschr. f. Ohrhlk., Bd. 64, H. 1.)

Ist der Träger der Geschwulst dem sog. Immunalter nahe, so kommt man oft mit elektrolytischer Verkleinerung zum Ziele. Andernfalls stehen zwei Wege offen: Erstens der per vias naturales, vom Nasenrachen aus, für Geschwülste, die hier ihren Sitz haben und nicht beträchtliche Fortsätze in die benachbarten Räume aussenden. Man löst mit dem Finger den Tumor aus seinen Verbindungen, faßt ihn mit einer großen stumpfen Zange und extrahiert ihn unter drehenden Bewegungen.

Sitzt aber der Tumor vorwiegend in der Nase und besitzt Verzweigungen, welche in die Nebenhöhlen und die Fossa sphenopalatina eindringen, so kommt der zweite, von Denker ausgearbeitete Weg in Betracht. Von der Fossa canina aus wird die faziale und nasale Wand der Kieferhöhle entfernt, so daß man bequem in Siebbein und Keilbein eindringen und eine Übersicht über das Operationsgebiet sich verschaffen kann. Wegnahme der Hinterwand der Kieferhöhle gewährt Zugang auch zur Fossa sphenopalatina, Entfernung des Proc. ascendens des Kiefers (wenn nötig), zu den vorderen Siebbeinzellen. Die früher üblichen blutigen und verstümmelnden Voroperationen, wie Resektion des Oberkiefers, sind ganz entbehrlich geworden.

Arth. Meyer-Berlin.

Möller, J. (Kopenhagen), **Klinische Beobachtungen über eine bisher nicht beachtete Form der Mittelohrtuberkulose.** (Ztschr. f. Ohrhlk., Bd. 64, H. 1.)

Am häufigsten trifft man die Otitis tuberculosa unter dem Bilde multipler Perforationen, seltener auch in der miliaren Form, mit deutlichen Tuberkeln am Tfl. M. beobachtete eine diffuse, ganz blaß gelbliche Vorwölbung des Trommelfells, von dem die radiär gerichteten Gefäße scharf abstechen. Die Hörstörung ist sehr stark, jedoch fehlen Schmerz und Fieber, Parazentese ergibt keinen Eiter. Das Bild, das M. 17 mal gefunden hat, entspricht einer diffusen tuberkulösen Infiltration der gesamten Mittelohrschleimhaut, wie aus histologischer Untersuchung exzidierter Stücke hervorgeht. Der Prozeß ist verhältnismäßig gutartig, er kann in Heilung übergehen, aber es kann auch sich die Bildung von Geschwüren anschließen. Erst dann hat eine Lokalbehandlung (Ätzungen, event. Trommelfellexzision mit nachfolgender Ätzung) zu erfolgen.

Arth. Meyer-Berlin.

Sippell, F. (Sooden a. W.), **Die Nasenbehandlung mittels Inhalation zerstäubter Soole.** (Ther. d. Gegenw. 1912, H. 4.)

Das Hauptkontingent für die Behandlung stellen die skrofulösen Nasenaffektionen, der chronische Nasenkatarrh, die Vergrößerung der Rachenmandel, die Ozaena. Ähnlich wirkt der Aufenthalt am Gradierwerk. Diese Therapie findet wirksame Unterstützung in der die krankhafte Konstitution aufbessernden Badekur.

Esch.

Ruttin (Wien), **Über Nystagmus bei Erysipel.** (Zeitschrift f. Ohrenheilk., Bd. 64, H. 1.)

Tritt nach Radikaloperation des Mittelohrs ein Erysipel ein, so findet sich oft neben Fieber, Kopfschmerz, Schwindel und Nackensteifigkeit ein Nystagmus, der auch den übrigen Symptomen vorangehen kann. Vor oder mit dem Fieber verschwindet er. Es ist wichtig zu wissen, daß dieses Symptom durchaus nicht immer eine endokranielle Komplikation anzuzeigen braucht.

A. Meyer-Berlin.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.



30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von

Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.

Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 29.	Erscheint wöchentlich zum Preise von 5 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin.	18. Juli.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Über den Stoffwechsel des Geisteskranken.

Von Dr. **W. Geissler**, Mitglied der Königlichen bakt. Anstalt zur Bekämpfung des Typhus, Trier, zuletzt Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik der Cölner Akademie für prakt. Medizin (Prof. Aschaffenburg).

(II. Teil.)

Gleich anderen Disziplinen hat auch die immer noch in der Entwicklung stehende Wissenschaft der Psychiatrie einen Wandel in den Anschauungen über die Abgrenzung und Einteilung ihrer Krankheitsbilder durchgemacht.

Eine Einheitlichkeit hierin wird erklärlicherweise noch der Zukunft vorbehalten sein, die erst Licht in die Aetiologie manches unklaren psychischen Zustandes bringen wird, gleich, ob dies durch die pathologische Anatomie, pathologische Chemie oder die Serologie geschieht. Wie ich am Eingang der Arbeit kurz darauf hinwies, sind alle Versuche, die klinischen Symptome und Zustandsbilder nach ihrer zeitlichen Entstehung in den verschiedenen Lebensabschnitten des Menschen oder im Hinblick auf den Endzustand hin zusammenzufassen ebenso verfehlt wie das Bestreben, einzelne psychische Störungen, z. B. die Angstpsychosen als selbständige seelische Störungen zu charakterisieren.

So subsummiert bekanntlich Kraepelin unter dem Sammelbegriff der dem. praecox, die variabelsten psychischen Störungen, wenn ihre Entstehung nur in die Jugendzeit fällt und ihr Verlauf zur Demenz führt. Nun entsteht aber gerade eine Reihe von Psychosen in der Entwicklungszeit, bietet auch vorübergehend Züge der Hebephrenie, Katatonie oder Paranoia und scheint auch in Schwachsinn zu enden, wie betont, scheint es nur.

Abgesehen davon, dass die Diagnose in der Mehrzahl der Fälle schon vor dem Eintritt in das Endstadium gestellt wird und aus praktischen Gründen gestellt werden muss, mithin also eine wissenschaftlich unsichere Grundlage hat, würde in anderen Fällen eine Katamnese, wie man dies aus der Literatur verfolgen kann, die voreilig gestellte Diagnose nicht selten ändern.

Wernicke sagt in seinem Lehrbuch: „Was den Ausgang unserer Krankheit, gemeint ist die dement. praecox, betrifft, so muss ich den

nicht so seltenen Ausgang in vollständige Genesung, den ich sowohl nach nur angedeuteten oder ausgeprägten paranoischen Stadium als auch nach einem Stadium der Demenz beobachtet habe, noch ausdrücklich hervorheben, da in dem Lehrbuche von Kraepelin die Demenz als regelmässiger Ausgang der hierher gehörigen Krankheitsfälle bezeichnet wird."

Ich möchte daher die folgenden Ausführungen nicht in ein gezwungenes Schema einordnen, — so unsympathisch mir dies auch bei der Trennung von Hebephrenie und Katatonie, die nach meinen serologischen Untersuchungen mittels der Präzipitin-Reaktion zusammengehören, ist — vergl. Münch. med. Woch. 1910, Nr. 15 — sondern nur Befunde bei Zustandsbildern aufzählen, mit gelegentlichen Erwähnungen von Gemeinsamen in klinischer und pathologisch-chemischer Hinsicht.

Die Hebephrenie.

Ueber Untersuchungen an Hebephrenen besitzen wir z. Z. von einwandfreien Arbeiten, die von Pighini[60]), die von Bornstein aus der Göttinger Universitäts-Nervenklinik, sowie einige Beobachtungen von Kauffmann[61]), die aber nur z. T. für die Hebephrenie als solche zu verwerten ist, weil manche Fälle sich nicht klinisch von der Katatonie abgrenzen lassen. Kauffmann fand bei einem seiner Untersuchten, einem alten Hebephrenen, eine Stickstoffüberbilanz, ebenso in einem weiteren Falle von Hebephrenie, Pighini andrerseits im Serum in akuten Fällen eine reichliche Menge Cholesterin und Oxycholesterin (bis 0,5 ‰), in chronischen solches in geringeren Zahlen, jedoch mehrfach bis 0,4 und 0,3 heranreichend. Leider gestattet die Subsumierung der Krankheitsbilder unter dem Sammelbegriff der dem. praecox nicht, sie für die Hebephrenie allein zu verwerten.

Bornstein[62], [63], [64]) hat den respiratorischen Stoffwechsel bei einer grösseren Anzahl Hebephrenen untersucht. Zum Verständnis seiner Resultate sei an den physiologischen Versuch erinnert, der in der Messung am Respirationsapparat einen Aufschluss über den Energieumsatz des Körpers unter gegebenen Bedingungen ermöglicht, d. h. der die chemische Energie misst, die in Form von Wärme bei der Verbrennung von Eiweiss, Fett und Kohlenhydraten frei wird. Man misst sie aus dem respiratorischen Stoffwechsel und zwar aus der Produktion von Kohlensäure und der Assimilation von Sauerstoff. Es gibt für diese Energie einen typischen normalen Umsatz, von Magnus-Levy als „Grundumsatz" bezeichnet. Abweichungen von dieser konstanten Grösse über 10 % sind bereits als pathologisch anzusprechen.

Bornstein hat in den beiden ersten Arbeiten [62], [63]) bei seinen Hebephrenen subnormale Werte gefunden und hat durch seine letzten gasanalytischen Untersuchungen, die er zur Kontrolle eigener Methodik noch von Löwy und Glikin gleichzeitig prüfen liess, die ersten Resultate auf eine unanfechtbare Basis gestellt. Dabei waren die gefundenen Werte, die früher 75—90 % der Norm betrugen, jetzt sogar auf 73—74 % reduziert.

Eine solche Herabsetzung der Oxydationsfähigkeit hatten andere Untersuchungen schon festgestellt bei thyreogenen Erkrankungen mit einer Unterfunktion der Schilddrüse (Myxoedem und Kretinismus). Bei diesen Kranken trat nach Verabreichung von Schilddrüsenpräpa-

raten eine Hebung der Oxydation ein; bei Bornsteins Hebephrenen war dies jedoch nicht der Fall.

Auch das Moment der reflektorischen Muskelspannung, das den Umsatz im Sinne einer Oxydationssteigerung zu beeinflussen vermag, konnte Bornstein bei seinen Geisteskranken ausschalten, so dass er Analogieschlüsse von dem kindlichen Organismus auf die puberalen Züge der Hebephrenen ziehen zu dürfen glaubt. Auch im Kindesalter findet nach einer allgemeinen Steigerung der Oxydationsfähigkeit in den ersten 15 Jahren, vom ca. 16.—25. Jahre eine Abnahme, ein Sinken des Grundumsatzes statt. Wir haben somit nicht nur eine Aehnlichkeit der klinischen, psychischen Symptome der Hebephrenie mit der Psychologie der Pubertät, sondern auch eine Analogie in der Lehre vom Stoffwechsel, wenigstens für den allgemeinen Energieverbrauch. Die Grösse des Kraftumsatzes stellt Bornstein noch auf andere Weise bei seinen Kranken fest. „Setzt man nämlich einen Menschen mit einer bestimmten Nahrung ins Körpergleichgewicht, d. h. bleibt das Körpergleichgewicht dieses Menschen während einer Reihe von Tagen bei dieser Nahrung unverändert, so kann man annehmen, dass sein Energieumsatz dem Energiegehalt der zugeführten Nahrung entspricht, abzüglich des Energiegehaltes von Stuhl und Urin, den man im allgemeinen leicht schätzen oder bestimmen kann. Diese Methode ist vielleicht etwas weniger genau als die Methode der Respirationsversuche, ist aber, besonders wenn man die Versuche über eine genügende Reihe von Tagen ausdehnt, im Prinzip richtig."

Sie gibt den „Gesamtumsatz" an, d. h. den Gesamtumsatz vermehrt um den Leistungszuwachs für Körperbewegung und für Verdauungsarbeit. Die eine hebephrene Patientin, bei der dieser Gesamtumsatz untersucht wurde, zeigte niedrigere Werte als der Norm entsprechen (ca. 1600 Kalorien gegen 1800, für eine bettlägerige normale Person berechnet) (Magnus v. Levy:) eine Bestätigung der Respirationsmessung.

Leider fehlt den ebenso exakten, wie interessanten und plausibeln Untersuchungen der Wert der Spezifizität.

Die grosse Zahl negativer Resultate, d. h. bei Hebephrenen lässt vorläufig bei den Befunden das Pathognostische noch vermissen.

Wir müssen jedoch bedenken, dass nach den Ausführungen von Bornstein die Auswahl geeigneter Versuchspersonen, die völlige Ruhe ihrer Glieder bieten müssen, schwierig ist und dass die Unberechenbarkeit gerade der läppischen Hebephrenen die Resultate unverwertbar macht.

Den Befunden Bornsteins wurde von Frenkel-Heiden[45]) widersprochen. Dieser Autor konnte die erwähnten Stoffwechselstörungen bei den 3 von ihm untersuchten Hebephrenen nicht bestätigen.

Da ich jedoch in seinen Untersuchungen eine Angabe der Methodik nicht finden kann, so muss ich seine Resultate unberücksichtigt lassen, um so mehr, als die Bornsteins von zwei anderen Forschern völlig bestätigt wurden.

Wohl in Anlehnung an die Freundsche Sexualtheorie sowie infolge der Versuche von Loewy, der die Herabsetzung des Energieumsatzes bei kastrierten Tieren durch Verfüttern von Ovarialsubstanz sowohl bei männlichen wie weiblichen Tieren völlig aufheben konnte, studierte Bornstein diese Darreichung bei den Hebephrenen. Er konnte jedoch eine solche wesentliche Erhöhung des Grundumsatzes,



aus der man Schlüsse zu ziehen berechtigt sein könnte, nicht finden. Er vergleicht den Kraftwechsel dieser Kranken mit jenem nicht durch Kastration, sondern durch das Senium bedingten.

Die Katatonie.

Die Untersuchungen des Stoffwechsels von katatonischen Geisteskranken beschränken sich ebenfalls nur auf einige wenige Autoren.

Erstens ist ein Teil der von Bornstein bei der Hebephrenie erwähnten Respirationsuntersuchungen hierher zu rechnen, da nicht aus jedem der von Bornstein untersuchten Fälle mit Deutlichkeit sich die Diagnose der Hebephrenie oder Katatonie heraus erkennen lässt.

Die Resultate der Grundumsatzerniedrigung treffen also auch für einen Bruchteil der Katatonie zu, bieten aber auch hier nur theoretisch-wissenschaftliche Bereicherung, ohne praktische Schlussfolgerungen.

Kauffmann[61]) hat in der mehrfach erwähnten Arbeit ebenfalls Katatoniker untersucht.

Er konnte zwar erhebliche Schwankung in der Stickstoff-Stoffwechselbilanz feststellen, jedoch gestattet die geringe Zahl der untersuchten Kranken noch keine verwertbaren Schlüsse.

Kuhn[66]), Sandri[67]), Lundwall[68]), Purdum und Wells[69]) und Heilemann[70]) haben Veränderungen des Blutzellbildes bei Katatonikern festgestellt, die sich in Zunahme der weissen Blützellen, Lympho- und Leukozyten, bald der einkernigen, bald der polynukleären zeigten. Auch vorübergehende Hyperglobulie wurde beobachtet. Heilemann fasst diese Verschiebungen des Blutzellenbildes, die im übrigen bei den einzelnen Autoren keinen einheitlichen Charakter trägt, als einen Indikator für eine Aenderung des Körperchemismus auf, vielleicht für einen Stützpunkt der Toxintheorie.

Ich vermag aus diesen ungeklärten Befunden, die ja, zum Teil wenigstens, nur der Ausdruck vorübergehender, episodischer, Störungen des Stoffwechsels darstellen dürften, keinen Zusammenhang mit der Grundkrankheit auch nur zu vermuten.

Rosenfeld[71]) hat an stuporösen Kranken mit Mutazismus und Nahrungsverweigerung (wohl alles Katatoniker, trotzdem katamnestische Daten nicht zur Verfügung stehen) den Stoffwechsel studiert.

Eine Störung der Eiweissverdauung und Assimilation war ebensowenig wie Störungen der Magen-Darm-Funktionen zu beobachten.

Spontane Zuckerausscheidungen wurden nicht, alimentäre in unerheblichem Masse bemerkt. Dagegen zeigten alle untersuchten Katatoniker erhebliche Stickstoffretention.

Rosenfeld deutet dieses Phänomen nicht im Sinne eines Ansatz von Organeiweiss, sondern als eine Vermehrung des im Körper kreisenden, aus des Nahrung stammenden, noch nicht assimilierten Eiweisses.

Auch beobachtete Rosenfeld Störungen der Wasserbilanz, sowie starke Schwankungen des Körpergewichtes, das selbst durch erhebliche Nahrungszufuhr nicht entsprechend in die Höhe gebracht werden konnte.

Pighini[72]) hat ebenfalls Untersuchungen bei dem. praecox angestellt, die sich aber nicht einsinnig weder für die Hebephrenie noch für den katatonischen Symptomenkomplex verwerten lassen.

Allgemein fand Pighini, dass bei der akuten Phase (charakte-



risiert durch starke psychische und motorische Erregung, heftige Impulsivität, Nahrungsverweigerung, leichte Temperatursteigerung) im Anfang der Krankheit oder als eine Attacke während der Besserung bezw. Verschlechterung, eine Unterbilanz von Stickstoff besteht, ferner eine solche an Phosphor und Schwefel, wohl ein Hinweis auf eine Zerstörung von phosphor- und schwefelhaltigen Proteinen des Organismus. Bei der chronischen Phase der Erkrankung (Demenz, Negativismus (! ?), Tics, Grimmassieren, Stereotypien, katatonischen Perioden) besteht nach dem Autor eine korrespondierende Retention von Stickstoff und Phosphor, ein Verlust an Schwefel, proportional diesen beiden Elementen sowie ein Verlust an Kalzium, unabhängig von andern Salzen.

In beiden Stadien besteht eine Störung der Wasserbilanz und eine Verlangsamung der Chlorausscheidung.

Leider vermischt der Autor wohlabgegrenzte Symptome und Zustandsbilder, wie sie für Hebephrenie und Katatonie charakteristisch sind, miteinander, so dass wir aus der absurd anmutenden Gruppierung eine Bereicherung für die eine oder andere der Psychosen nicht erblicken können.

Im allgemeinen darf jedoch als Forschungsergebnis angesehen werden, dass er den innigen Zusammenhang zwischen diesen immer noch als „funktionell" bezeichneten Psychosen und der Stoffwechselpathologie betont hat, sowie deren Abhängigkeit vom Nervensystem.

Den Versuch des Autors, der Dementia praecox eine Stellung ausserhalb der anderen Psychosen auf Grund der Stoffwechselergebnisse zuzuweisen, müssen wir, wie es auch K a u f f m a n n hervorhebt, als verfehlt bezeichnen, da es eine abgegrenzte dementia praecox nur als „Kunstprodukt" gibt.

Anhangsweise sei noch erwähnt, dass bei der Hebephrenie und Katatonie das Lezithin bezw. Cholesterin, im Serum dieser Kranken allerdings nur mit biologischen Methoden nachweisbar (Kobragifthaemolyse) eine gewisse Rolle zu spielen scheint.

Trotzdem diese beiden Stoffe auch bei andern Psychosen gefunden wurden, ist nach den letzten Untersuchungen das gehäufte Vorkommen bei Hebephrenie und Katatonie als erwiesen anzusehen, nach meinen Untersuchungen in 85 %. (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 7, 1910.)

Die Manie.

Mit Absicht bespreche ich die Manie weder im Zusammenhang mit dem manisch-depressiven — noch als eines der Stadien des zirkulären Irreseins.

Da es an sich eine reine Manie ebenso wie eine reine Melancholie gibt — auch die sich in manchen Lehrbüchern (z. B. Z i e h e n) findende Charakterisierung der Manie bezw. Melancholie mit Vor- und Nachstadien und dem Vermerk, dass ein atypischer Verlauf nichts seltenes ist, bedeuten nichts anderes — da andererseits die Subsumierung unter das manisch-depressive Irresein ebenso wie die Einbeziehung in das zirkuläre Irresein nur Kunstprodukte nach Analogie der dem. praecox sind — wenngleich in vielen Fällen aus praktischem Interesse der Sammelbegriff seine Berechtigung haben mag — will ich Manie und Melancholie nur als Z u s t a n d s b i l d e r bezüglich ihrer Stoffwechselpathologie behandeln.

Gehörten sie ihrer Aetiologie und ihrem Wesen nach zusammen,

so würden sie wahrscheinlich auch gleiche Stoffwechselanomalien bieten. Dies tun sie jedoch nicht — um das Resultat der Untersuchungen vorweg zu nehmen — somit dürfte der gesonderten Schilderung der Manie als Zustandsbild bei ätiologisch verschiedenen Erkrankungen die Berechtigung nicht versagt sein.

Auch hier fliessen die Quellen der Stoffwechselforschung spärlich.

Seige (l. c.) fand in der manischen Phase eines Kranken, der an manisch-depressivem Irresein litt, das Verhalten von Stickstoff, Phosphor und Chlor völlig normal. Es bestand keine Indikanurie. Bei anderen untersuchten Kranken im manischen Stadium war die Ausscheidung der endogenen Harnsäure herabgesetzt, über deren Bedeutung die vorigen Kapitel Näheres enthalten; der exogene Harnsäurestoffwechsel wies jedoch Veränderungen auf, derart, dass eine Mehrproduktion an Harnsäure durch die eingebrachten Purinkörper nicht auftrat; erst in den nächsten beiden Tagen wurde der Purinstickstoff als Purinbasen ausgeschieden.

Seige erblickt in diesem Phänomen eine Steigerung des Nucleinstoffwechsels, bei dem ein übernormaler Abbau der Purinkörper bestände, also eine gesteigerte Verbrennungstätigkeit des Organismus. In einem dieser Fälle fand er auf der Höhe der manischen Phase Indikan im Urin; dieser interessante Befund ist ausserdem von Taubert [73]) bestätigt worden. Taubert sah bei 4 Fällen in der manischen Phase eine erhebliche andauernde Vermehrung des Indikans, während er dies zu gesunden Zeiten und in der folgenden depressiven Phase nicht wahrzunehmen vermochte. Bei einem Fall periodischer Indoxylurie bestand sogar ein Parallelismus zwischen psychischer Erregung und vermehrter Indoxylbildung, wiederum eine Stütze der zentral bedingten neurogenen Indikanurie.

Den Grundumsatz, dessen wir bei der Hebephrenie ausführlicher Erwähnung taten, fand Bornstein bei der Manie unverändert gegen die Norm.

Kauffmann hat bei 3 Fällen von manischer Erregung grössere Schwankungen des Stickstoffgleichgewichtes nicht feststellen können; die geringen Stickstoffretentionen näherten sich dem Physiologischen.

Auffällig und erwähnenswert sind noch Kauffmanns Befunde von Störungen der Wasserbilanz und der Körpertemperatur.

Die Melancholie.

Unter den wenigen positiven Stoffwechselforschungsergebnissen für die Depressionen seien an erster Stelle Seiges (l. c.) und Kauffmanns Mitteilungen über das Vorkommen von Indikan im Urin genannt.

Woher das Indikan stammt, ob es durch eine fast der Atonie gleichende Sistierung der Darmperistaltik, ähnlich wie beim Darmverschluss, mit den Folgen vermehrter Eiweissfäulnis, herrührt oder zentral bedingt ist (neurogene Theorie), bleibt dahingestellt. Beide Hypothesen haben ihre Verfechter. Näheres habe ich unter Paralyse angeführt, wo der Indikanbefund auffallend häufig ist, ohne ihn in jedem Falle durch depressive Phasen erklären zu können. Merkwürdig ist die die tägliche Beobachtung, dass bei Gesunden nicht selten eine Obstipation mit depressiv gefärbter Stimmung einhergeht. Hier würde also eine — krass ausgedrückt — Beeinflussung der Psyche durch den Darm vorliegen, während die Darmatonie bei der Melancholie doch sekun-



därer Art ist, bedingt durch die Leerheit des Gemütslebens und den Mangel an Affekten.

Bruce und Townsend (l. c.) schrieben, wie bereits erwähnt, dem Indikan für die Entstehung der Melancholie ätiologische Bedeutung zu. Dagegen spricht erstens die Ungiftigkeit des Indikans und zweitens ihr Vorkommen bei anderen Psychosen, wie wir bei der Epilepsie und Paralyse gesehen haben (Kauffmann). Plönies[74]) sucht einen Zusammenhang zwischen der Erkrankung des Magens und den Depressionen zu konstruieren. Er erwähnt jedoch selbst, dass Affektionen des Magens nur sehr selten bei dieser Psychose nachzuweisen sind.

Ich kann seiner Theorie nicht beipflichten, da ein so seltener Befund ätiologisch für die Depressionen nicht verallgemeinert werden kann. —

Die bei Depressionen nicht seltenen Störungen der Salzsäuresekretion wie überhaupt des Magenchemismus sind wohl ebenso wie das vorhin erwähnte Nachlassen der Darmperistaltik als psychischneurogen und sekundär aufzufassen. (Forts. folgt.)

Kufeke bei Erwachsenen.

Von Dr. med. **Bruck,** Spezialarzt für innere Medizin (Berlin).

Die überaus günstigen Erfahrungen, die in den letzten Jahren von zahlreichen Kollegen mit Kufeke bei Erkrankungen Erwachsener gemacht worden sind, haben auch mich veranlasst, in einer Anzahl von Fällen diesbezügliche Versuche anzustellen, nachdem ich in der Kinderpraxis besonders bei Säuglingen das Präparat bereits seit vielen Jahren mit Vorliebe verordnete. Da Kufeke jedoch in seiner Verwendung in der Kinderpraxis bereits Weltruf besitzt, erübrigt es sich, auf die von mir bei Kindern erzielten Erfolge näher einzugehen.

Bei der Verordnung von Kufeke bei Erwachsenen ging ich von der Erwägung aus, das Präparat nach zwei Richtungen hin zu prüfen:

1. analog der Therapie bei Kindern als Nährmittel bei akuten und chronischen Magendarmerkrankungen Erwachsener,

2. in seiner Eigenschaft als Roborans bei Personen, deren allgemeiner Ernährungszustand zu wünschen übrig liess, also 1. bei Rekonvaleszenten nach schweren Krankheiten, 2. bei an sich unterernährten Personen überhaupt.

Zu Punkt I, seine Tauglichkeit bei Magendarmaffektionen Erwachsener zu prüfen, bot die abnorme Hitze des vorigen Sommers, welche nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen ausserordentlich zahlreiche Darmstörungen im Gefolge hatte, in relativ kurzer Zeit reichliche Gelegenheit. Das Bild des sommerlichen Darmkatarrhs mit seinen mannigfachen Variationen ist wohl allgemein gegenwärtig. Da haben wir zunächst die leichten Fälle, welche mit Appetitlosigkeit, Magendruck, mässigen Durchfällen, Kopfschmerzen und allgemeiner Abgeschlagenheit einhergehen, die aber schliesslich bei einigermassen vorsichtiger Diät in kurzer Zeit von selbst heilen. Wir haben aber ferner auch bei Erwachsenen, insbesondere bei schwächlichen, Fälle, welche ähnlich wie bei Säuglingen, unter den schwereren Erscheinungen verlaufen: Profuse fast choleraartige Durchfälle mit Schüttelfrost und Muskelkrämpfen, unstillbares Erbrechen, begleitet von kolikartigen Schmerzen hoher Intensität, hohe Pulsfrequenz mit weit über 100



Schlägen. Zwischen diesen beiden Grenzen gibt es natürlich eine ganze Anzahl Abstufungen des Krankheitsbildes von mehr oder weniger mildem Charakter.

Die Therapie bewegt sich meist in bekannten, ich darf wohl sagen, ziemlich ausgefahrenen Bahnen: Calomel, Opium, die ganze Reihe der Wismuth- und Tanninpräparate mit gleichzeitiger Anwendung von Hydrotherapie in Begleitung mehr oder minder schroffer Hungerdiät, d. h. kleine und kleinste Dosen von Hafermehl- und Haferflockenbrei und Schleim, kalter Tee ohne Milch, zwischendurch, namentlich bei quälendem Erbrechen, Schlucken von Eispillen. Natürlich wird dann der Patient, welcher schon durch die Krankheit selbst, hauptsächlich infolge der Durchfälle, erheblich geschwächt ist, durch diesen stark beschnittenen „Speisezettel" nicht kräftiger, sondern noch hinfälliger.

Ich habe deshalb in einer Anzahl verschiedenster Fälle versucht

1. zunächst möglichst ohne Medikament auszukommen (hauptsächlich bei den leichteren Fällen),

2. unter Beiseitelassung der schroffen, kraft- und saftlosen Hungerdiät mit der Verabreichung von Kufekesuppen bezw. Kufekebrei die Heilung zu erzielen. Ich habe hiermit, um es kurz vorwegzunehmen, ganz entschieden einwandsfrei gute Resultate erzielt. Zunächst muss es schon als ein grosser Vorteil angesehen werden, dass die Patienten an diese Suppen bezw. diesen Brei mit viel grösserer Esslust herangehen, als an die leeren, ihnen von früher her nur zu gut bekannten Wasser- und Semmelsuppen, „Spülwassersuppen", wie ein Patient nicht unzutreffend sich ausdrückte. Man merkt doch, hiess es, dass man etwas im Munde hat und dass man etwas in den Magen bekommt. Dieses Urteil an sich wäre nun völlig belanglos, wenn die Kufekenahrung zwar im Augenblick gut schmeckte, aber sonst keine Wirkung erzielte, wenn die Symptome des Grundleidens, die Magenstörungen und der Durchfall, weiter bestehen oder sich gar verschlimmern würden. Nichts von alledem! Nach wenigen Tagen meist medikamentloser Behandlung, hauptsächlich mit Kufeke durchgeführter Ernährung, war der Magendarmkatarrh mit seinen Beschwerden verschwunden, der Magen konnte ohne jede Gefahr wieder seine gewohnte Nahrung aufnehmen, die Entleerungen erfolgten wieder regelmässig, in gehöriger Zahl und Konsistenz.

Es sei mir gestattet, einige Fälle zu schildern.

Fall I. R., 54 Jahre alt, Hafenbeamter. Seit 4 Tagen 8—9 Durchfälle pro Tag, Schwindel, Kopfschmerzen, Brennen vom Magen aufwärts durch die Speiseröhre hindurch, dauernde Uebelkeit mit Brechreiz. Diagnose: Gastroenteritis acuta. Der Kranke sträubt sich, wie bei früheren Gelegenheiten schon immer, gegen die Anwendung jeden Medikaments. Therapie: Kufekesuppe lau, zunächst in geringen Mengen (höchstens 5—6 Esslöffel auf einmal) sowie etwas schwarzer Tee; später, da die kleineren Mengen gut behalten und vertragen werden, grössere Quantitäten, schliesslich bis zu einem vollen Teller. Nach 4 Tagen völliges Schwinden der Beschwerden und Wiederaufnahme des Dienstes. Bei diesem Patienten, welcher auch im allgemeinen einen schwächlichen und unterernährten Eindruck machte, versuchte ich 3 Wochen nach der Heilung — so lange hatte ich noch Gelegenheit, ihn zu beobachten — den Allgemeinzustand durch Weiterdarreichung von Kufeke in die Höhe zu bringen. Als Erfolg der ersten Woche war eine Gewichtszunahme von $1\frac{1}{2}$ Pfund, in der zweiten und dritten eine solche von je



1³/₄ Pfund zu verzeichnen. Ich bemerke hierbei noch ausdrücklich, dass R. aus Angst vor einer Wiederkehr des Magenleidens sich bezüglich der Aufnahme anderer Nahrungsmittel sehr vorsichtig, ja fast misstrauisch zeigte, dass er gewissermassen die Kufekeernährung als Hauptnahrungsmittel erkoren zu haben schien. Ich habe ihn leider nach drei Wochen nicht mehr gesehen.

Fall II. V., 20 Jahre alt, Kontorist. Aehnliches Bild wie bei Fall I. 10—12 profuse Durchfälle pro Tag, ausserordentlich schmerzhafte Anfälle kolikartiger Natur mit schleimigem Erbrechen. Diagnose: Gastroenteritis acuta. Therapie: Heisse feuchte Umschläge um den Leib, 3 mal täglich 8 Tropfen Tinct. opii. simpl., Kufekesuppe kalt, ohne Milch, zunächst wieder in kleineren, später in grösseren Quantitäten. Nach 2 Tagen Sistierung der Durchfälle, nach weiteren 2 Tagen völliges Verschwinden der Kolikanfälle. Nur zeigte sich vom 4. Tage an ein leichter Ikterus, welcher nach etwa einer Woche verschwand. Vom 5. Tage an wurde ihm Kufekesuppe warm mit Milch verabreicht und anstandslos vertragen. Wiederaufnahme der Beschäftigung nach 2 Wochen.

Fall III. M., Hafenarbeiter, 42 Jahre alt. Seit 2 Tagen hochgradige Uebelkeit, Erbrechen auch der geringsten Nahrungsmengen, 7—8 Durchfälle am Tage, kolikartige Schmerzen. Diagnose: Gastroenteritis acuta. 15 Tropfen Opium, welche er vor Eintritt in meine Behandlung genommen hatte, waren ebenfalls sofort erbrochen worden. Therapie: Eispillen, heisse feuchte Umschläge über den Leib, Kufekesuppe lau, ohne Milch, zunächst nur löffelweise, vom 2. Behandlungstage an in Mengen von etwa einem halben Tassenkopf. Das Erbrechen legte sich vom 2., die Durchfälle vom 3. Tage an. Vom 4. Tage wurden Kufekesuppen tellerweise lau verabreicht und anstandslos vertragen. Am 6. Tage Wiederaufnahme der Arbeit.

Fall IV. B., Hafenarbeiter, 47 Jahre alt. Die Krankheitserscheinungen fast genau dieselben wie bei Fall III. Beide hatten nachweisbar dieselbe Beköstigung gehabt und waren wahrscheinlich an derselben Infektionsquelle erkrankt. Therapie: Ebenfalls heisse feuchte Umschläge, kleine Portionen Kufekesuppe lau, Eispillen, später grössere Quantitäten Kufekesuppe. Am 4. Tage Genesung.

Fall V. Sch., Handlungsgehilfe, 22 Jahre alt. War am Abend vor der Erkrankung gesund zu Bett gegangen, nachdem er allerdings vorher, bei einem Ausfluge, „schlechtes warmes Bier" getrunken hatte. Bei meinem frühmorgens ganz zeitig gemachten Besuche fand ich ihn sich in den ärgsten Kolikschmerzen windend und fortwährend grünlichen Schleim erbrechend. Die ganze Nacht ist er, nach seiner Aussage, zwischen Bett und Abort unterwegs gewesen, und auch die zahllosen Durchfälle seien von den heftigsten Leibschmerzen begleitet gewesen. Diagnose: Gastroenteritis acuta, Cholecystitis (?). Therapie: Eispillen, heisse feuchte Umschläge und, wegen der absolut nicht schwinden wollenden Schmerzen, 2 mal 15 Tropfen einer 1 prozentigen Morphiumlösung. Ferner, um wenigstens den unerträglichen Durst zu stillen, neben den Eispillen kleinste Quantitäten kalter sehr dünner Kufekesuppe (teelöffelweise). Am 2. Tage war deutlich ein mässig starker Ikterus zu konstatieren, die Schmerzen hatten sich, von 2—3 kurzen, nur wenige Sekunden dauernden Anfällen abgesehen, gelegt. Er bekam jetzt etwas grössere Mengen Kufekesuppe, etwa einen halben Tassenkopf voll, und etwas dicker eingekocht. Diese Ernährung wurde ohne



Beschwerden vertragen. Die Durchfälle verminderten sich am 2. Tage auf 5, am 3. Tage auf 3 an der Zahl. Am 4. Tage, bei immer sich gleich bleibender Ernährung ausschliesslich mit Kufekesuppe (noch ohne Milch, aber schon etwas wärmer und dicker verabreicht) normale Defäkation. Am 5. Tage schon etwas Milchzusatz zur Suppe und auch etwas Brühe. Vom 7. Tage an wurde bereits etwas feste Nahrung verabreicht. Patient aber selbst verlangte in der Hauptsache Kufekebrei. Vom 10. Tage an Verabreichung von Karlsbader Salz. Schwinden des Ikterus nach Ablauf der 3. Woche.

An der Hand dieser soeben geschilderten Fälle ist wohl deutlich zu ersehen, wie gefällig und wirksam sich Kufeke bei akuten Darmerkrankungen dem Organismus gegenüber verhält. Während in so vielen Fällen, bei noch so vorsichtiger Milch-, Reis-, Gries- und Sagoschleimdiät der erkrankte Darmtraktus sich völlig ablehnend gegen die Zufuhr dieser Nährmittel verhält, schmiegt sich Kufeke anscheinend völlig reizlos der Darmschleimhaut an.

Ich will nun einige Fälle schildern, bei welchen ich Gelegenheit genommen hatte, wegen allgemeiner Körperschwäche und Gewichtsabnahme speziell nach schweren Erkrankungen, Kufeke als Stärkungsmittel anzuwenden. Vorausschicken will ich für alle diese Fälle, dass Kufeke ausnahmslos ohne den geringsten Widerwillen dem Speisezettel eingefügt wurde.

Fall VI. M., 22 jährige Verkäuferin. Ich bekam die Patientin in Behandlung, nachdem sie 8 Wochen wegen eines Magengeschwürs recht schwer erkrankt gewesen war. Infolge starker Blutungen sowohl als auch infolge intensiver Schmerzen war sie ausserordentlich heruntergekommen. Ausser der starken Anämie und der allgemeinen Schwäche war, nach Angabe der Patientin, eine Gewichtsabnahme von etwa 19 Pfund zu verzeichnen. Vom 1. Tage der 4 Wochen, welche sie in meiner Behandlung stand, fing ich ganz systematisch an, kleinste Mengen von Kufeke den Milch- bezw. Griessuppen, von denen sie sich in der Hauptsache noch ernähren musste, beizumischen. Da dies glatt und ohne die geringste Beschwerde vertragen wurde, gab ich vorsichtig immer grössere Mengen von Kufeke bei, bis ich schliesslich am Ende der 2. Woche dabei angelangt war, ausser den gewöhnlichen reinen Milchsuppen solche von reinem Kufeke darreichen zu können. Während am Ende der ersten Woche noch keine Gewichtszunahme nachzuweisen war, konnte man am Ende der 2. Woche eine solche von $1^3/_4$ Pfd., am Ende der 3. und 4. eine solche von je $2^3/_4$ Pfd. nachweisen, also in 4 Wochen $7^1/_4$ Pfd., was bei diesem ausserordentlich geschwächten Körper, der, wohl gemerkt, mit seiner Diät noch äusserst vorsichtig sein und sich nur auf eine äusserst subtile Nahrungszufuhr beschränken musste, doch gewiss ein bemerkenswertes Resultat ist.

Fall VII. U., 27 jährige Fabrikarbeiterin. Sie war infolge eines schweren Gesichtserysipels ebenfalls sowohl im allgemeinen als auch bezüglich ihres Körpergewichtes stark heruntergekommen. Auch war, trotzdem das Erysipel selbst schon völlig abgeheilt war, eine starke Appetitlosigkeit zurückgeblieben. Neben der Darreichung von Chinadekokt sowie von Eisen mit Arsen liess ich der Patientin Kufeke in Form von Suppe und Brei verabreichen. Auch hier war nach 3 Wochen nicht nur der Appetit ganz wesentlich wiederhergestellt, sondern sie hatte auch 6 Pfd. zugenommen und fühlte sich wieder so frisch wie



vor der Erkrankung. Gewiss mag wohl hier auch das Eisen und Arsen mitbestimmend gewirkt haben.

Fall VIII. A., 29 jähriger Maurer. Hatte fast ein Vierteljahr an einem sehr schweren Gelenkrheumatismus festgelegen. Eine ausgesprochene Insuffizienz und Stenose der valvula mitralis war zurückgeblieben. Ausserdem war der nach Aussage seiner Angehörigen und nach seiner eigenen Angabe früher kräftige und muskulöse Mann in erschreckender Weise abgemagert. Als ich ihn in Behandlung bekam, waren die Gelenkschmerzen völlig und ganz behoben, es handelte sich nun darum, die Herzerscheinungen (Beklemmungen, Atemnot, Herzklopfen) zu mildern sowie den allgemeinen Ernährungszustand zu heben. Für sein Herz bekam er abwechselnd Tct. digitalis und Tct. Strophanti, zur Hebung seines Ernährungszustandes liess ich ihm ausser seinen gewöhnlichen täglichen Mahlzeiten Kufekesuppen, soviel er vertragen konnte, darreichen. Da er von jeher ein starker Esser war, und auch sein Appetit glücklicher- und merkwürdigerweise durch die Krankheit wenig gelitten hatte, so konnte er eine gehörige Portion, bis zu 5 vollen Tellern täglich, vertragen. Der Erfolg war auch dementsprechend erfreulich. Ich konnte nach Ablauf der 4 Wochen, welche er in meiner Behandlung stand, eine Gewichtszunahme von fast 15 Pfd. konstatieren, welche sicherlich wohl zum grössten Teil auf Rechnung der Kufekeernährung zu setzen ist.

Ich habe nun noch die Zahl von 9 Fällen zu verzeichnen, welche alle ein gleiches Bild bieten:

Es handelt sich um 9 im Alter von 16—28 Jahren stehende Mädchen der verschiedensten Lebensstellung, vom Fabrikmädchen bis zur Buchhalterin, welche alle das typische Bild der Bleichsucht, verbunden zum Teil mit Herzfehlern, zum Teil mit Menstrualstörungen und dergl. mehr boten. Alle aber zeigten entschiedene Unterernährung. Um es kurz zu sagen: In allen diesen Fällen erzielte ich durch die Ernährung mit Kufeke sowohl eine erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens als vor allen Dingen auch ausnahmslos eine mehr oder weniger erhebliche Gewichtszunahme.

Zum Schlusse kann ich nur bemerken, dass in keinem dieser Fälle sich irgend ein Widerwille gegen die Ernährungsweise geltend machte, obgleich bei der Zubereitung, infolge der beengten Lebensstellung aller dieser Patienten, keine teuren Beigaben verwendet werden konnten, sondern es wurde fast stets Kufeke in der denkbar einfachsten Form, als Suppe oder als Brei, zum Teil mit, zum Teil ohne Milchzusatz verabreicht.

Ferner, obgleich dies eigentlich nicht streng hierher gehört, möchte ich die Erfolge bei den geschilderten Fällen in hohem Masse auch dem Umstande zuschreiben, dass die Angehörigen bezw. die Umgebung der Patienten, auf meine stetigen dringenden Ermahnungen hin, auch wirklich pünktlich und aufmerksam bezüglich der Darreichung der Kost waren. Ich bin von allen Fällen überzeugt, dass jede Mahlzeit, welche gegeben werden sollte und konnte, auch wirklich verabfolgt worden ist. Diese Exaktheit bei den Darreichungen sowohl von Medikamenten als auch von sonstigen Heil- und Nährmitteln ist es, welche vielfach und zum grössten Teil mit den Erfolg zeitigt. Wenn man des öfteren Patienten oder ihre Umgebung sich äussern hört, dass ein Mittel nichts tauge oder nicht helfe, so darf man bei einem sehr grossen Prozentsatz der Fälle überzeugt sein, dass mit der Darreichung der Mittel nicht pünkt-



lich, sondern recht nachlässig und salopp verfahren worden ist. Dieser Umstand sollte sowohl vom Arzte als auch von den Kranken und ihrer Umgebung als nicht unwichtig stets in Betracht gezogen und gewürdigt werden.

---

41. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin vom 10. bis 13. April 1912.

Berichterstatter Dr. Hugo Stettiner, in Berlin. (Schluss.)

Magen- und Darmchirurgie: Zunächst berichtet Riedel-Jena, dass von 18 von ihm wegen Ulcus curvatur. min. mit Entfernung des mittleren Teiles vom Magen behandelten Kranken alle gesund geblieben sind. Er hält im Hinblick auf die Gefahr der krebsigen Entartung und weil die Exzision an dieser Stelle leicht zur Bildung von Sanduhr- oder Beutelmagen führen kann, die Resektion für das richtige Verfahren. Demgegenüber berichtet Kocher-Bern junior über die vorzüglichen Resultate, die an der Berner Klinik mit der Gastroenterostomie bei Ulcus ventriculi erzielt worden sind. Von 64 nachuntersuchten Patienten wurde bei 50 ein gutes Resultat, bei 10 ein befriedigendes und nur bei 2 ein unbefriedigendes festgestellt und nur 2 waren an Karzinom gestorben. Seiner Ansicht nach wirkt die Gastroenterostomie heilend auf das Ulkus und ist das beste Prophylaktikum gegen eine spätere karzinomatöse Entartung. Bemerkenswert ist, dass in der Mehrzahl der geheilten Fälle später der Pylorus wieder seine Funktion übernommen hatte, wie durch Röntgenuntersuchung festgestellt wurde. Besteht begründeter Verdacht auf Karzinom, dann kommt natürlich nur eine radikale Operation in Betracht. Auch Payr-Leipzig will nicht alle Fälle von Ulkus mit Resektion behandeln, sondern nur die mit schwieligen Rändern, den Verdacht auf Karzinom erregenden. Er betont die Schwierigkeit, bei der Operation zu entscheiden, ob ein einfaches Ulkus oder ein beginnendes Karzinom vorliege. Nach Anschütz-Kiel wird die Gefahr der Umwandlung eines Ulkus in Karzinom, wie genaue, von ihm angestellte Feststellungen ergeben haben, sehr überschätzt, so dass sie keine Indikation für ein radikaleres Vorgehen gibt. Dieselbe Anschauung vertreten Kocher-Bern sen. und v. Eiselsberg-Wien, der allerdings in den Fällen, in welchen die radikale Operation sich ohne grosse Gefahr für den Patienten ausführen lässt, diese bevorzugt. Katzenstein-Berlin erstrebt im Gegensatz zu Kocher durch die Gastroenterostomie, die er aus diesem Grunde möglichst breit anlegt, eine dauernde Ausschaltung des Pylorus und verbindet sie daher neuerdings noch mit der Eiselberg'schen Ausschaltungsoperation, was v. Eiselsberg selbst nicht für alle Fälle anrät. v. Haberer-Innsbruck bemerkt, dass die Pylorusausschaltung hauptsächlich für das Ulcus duodeni in Betracht kommt. Auch Bier-Berlin, Kausch-Schöneberg begnügen sich meist mit der Gastroenterostomie, während König-Altona dieselbe für die am Pylorus sitzenden Ulcera empfiehlt, dagegen die an der Kurvatur durch Resektion behandelt wissen will. Kader-Krakau, Reichel-Chemnitz, Wilms-Heidelberg machen noch einzelne Bemerkungen zur Technik der Gastroenterostomie, bezw. Pylorusausschaltung, was Müller-Rostock dazu veranlasst, hervorzuheben, dass er immer noch der Wölfler'schen G. E. ant. treu geblieben, die auch von Schlange-Hannover und Borchard-Posen der post. vor-



gezogen wird. — Die Bedeutung der Magenradiologie für die Indikationsstellung zu Magenoperationen setzt Haudek-Wien auseinander, indem er an verschiedenen Bildern zeigt, wie sich Sitz und Ausdehnung des Ulkus und Unterscheidung von gutartigen und bösartigen Erkrankungen schon verhältnismässig früh feststellen lassen. Röpke-Jena empfiehlt Luftaufblähung des Magens zur Röntgenuntersuchung, die Steinthal-Stuttgart nicht für ungefährlich hält, während Borchard-Berlin auch auf die Gefahr der Wismuthdarreichung bei frischen Ulkusfällen hinweist. Siegel-Frankfurt erzählt von Fehldiagnosen auf Grund des Röntgenbildes und auch Haudek betont in seinem Schlussworte, dass die Deutung der Röntgenbilder nicht immer ganz leicht sei. — Die Frage der Verwachsung mit benachbarten Organen, der nach seinen Beobachtungen immer eine Perforation vorherzugehen pflegt, bespricht Schnitzler-Wien, was Payr nicht für alle Fälle gelten lassen will. — Eine kasuistische Mitteilung von Volvulus des Magens bei Karzinom macht v. Haberer-Innsbruck. — Einen Fall von Leberzirrhose zeigt Rosenstein-Berlin, in welchem er durch Anlegung einer Eckschen Fistel, d. h. durch Anastomose zwischen Vena cava und Vena portae Heilung anstrebte. Diese ist zwar nicht erreicht worden, doch hat Patientin die Operation gut überstanden. Zu dieser von ihm angegebenen Operation macht Jerusalem-Wien einzelne die Technik verbessernde Vorschläge. Zur Beseitigung des Aszites legt Evler-Treptow eine subkutane Dränage an, die er auch bei Ergüssen in andere Hohlräume (Pleuritis, Hydrozele) mit Erfolg angewandt hat. Zur Verbesserung der Erfolge der Talma'schen Operation empfiehlt Francke-Braunschweig eine Dauerdrainage, die allerdings auch nicht immer zum Ziele führt. Kausch hat in einem Falle mit Erfolg die Leber, deren Oberfläche er mit Jodtinktur bestrichen, an die vordere Bauchwand angenäht. Koch-Groningen empfiehlt die typische Talma'sche Operation. — Das Symptomenbild der chronischen Pankreatitis sucht Guleke-Strassburg zu entwerfen, indem er als charakteristisch kolikartige Schmerzen unter dem linken Rippenbogen, nach dem Schulterblatt ausstrahlend, hervorhebt. Während die Cammidge-Reaktion oft im Stich lässt, kann der Nachweis von Zucker im Urin nach der Schmerzattacke und das Röntgenbild mitunter auf die richtige Spur führen. Die Behandlung wird in erster Linie das primäre Leiden zu beseitigen suchen, während eine Resektion des Pankreas selbst nicht erlaubt ist. Katzenstein-Berlin hat in 2 Fällen, in denen charakteristische Symptome fehlten, durch Anastomose zwischen Gallenblase und Darm Heilung erzielt. Körte-Berlin hebt ebenfalls die Schwierigkeit der Differentialdiagnose hervor, und dass die Behandlung nur eine indirekte sein kann. Einen Echinokokkus der Pankreas zeigt Müller-Rostock und Borchard-Posen berichtet über einen geheilten Fall eines solchen der Gallengänge. — Interessante Mitteilungen über Milzregeneration und Milzersatz macht v. Stubenrauch-München. Er fand, dass aus kleinen zurückgebliebenen Milzteilchen sich splenoide Organe entwickeln, welche die Funktion der Milz für eine Zeitlang übernehmen können, wenn sie auch später wieder zu Grunde gehen. Den Mechanismus einer indirekten Darmruptur bei perforierender Schussverletzung des Bauches setzte Tschmarke-Magdeburg auseinander. Sprengel-Braunschweig demonstriert eine grosse, durch Operation entfernte Haar-



geschwulst des Dünndarms, welche zu einem Verschwinden der Leberdämpfung infolge Leberkantung geführt und dadurch der Diagnostik Schwierigkeiten bereitet hatte. Auch in einem von Caro-Hannover operierten Falle bei einem 10 jährigen Mädchen konnte die Diagnose erst bei der Operation gestellt werden. Die eine Peritonitis vortäuschenden Symptome waren als Ileuserscheinungen aufzufassen, ähnlich denen des Gallensteinileus. Meisel-Konstanz zeigt grosse Desmoide der Bauchdecken, nach deren Entfernung er zur Deckung des Substanzverlustes Netz und Haut verwandte. — Einzelne typische Röntgen-Befunde aus dem Gebiete der Chirurgie des Verdauungstraktus zeigte Immelmann-Berlin. Ein neues Verfahren, Röntgenbilder bewegter Organe darzustellen, demonstrierten Levy-Dorn und Silberberg-Berlin. Es werden mehrere (3) Aufnahmen auf derselben Platte hintereinander gemacht (Polygramme). — Zur Klärung der Aetiologie der Appendizitis hat Heile-Wiesbaden Experimente über die Folgezustände nach mechanischem Abschluss des Blinddarmanhangs beim Tiere angestellt und hat dabei gefunden, dass nur durch Abbindung des gefüllten prozessus vermif. das typische Bild der Appendizitis hervorgerufen wird, während der abgebundene, aber künstlich entleerte ebenso wenig diese Erscheinungen hervorruft, wie der mit Bakterien angefüllte, bei dem wohl Vergiftungserscheinungen, aber keine Appendizitis eintritt. Er glaubt daher, dass eine Zusammenwirkung von Bakterien und bei der Eiweisszersetzung auftretenden Fermenten stattfindet. Boit-Königsberg neigt der bakteriologischen Entstehungsweise der Blinddarmentzündung zu, da es ihm gelungen, durch aus dem Darme von Hunden gezüchtete Bakterien Appendizitis bei diesem zu erzeugen. Melchior-Breslau zeigt an grossen statistischen Tabellen, dass die familiäre Appendizitis häufiger ist, als meist angenommen wird. Während Zondek-Berlin dies durch bestimmte anatomische Befunde zu erklären sucht, steht Sprengel-Braunschweig der familiären Erkrankung sehr skeptisch gegenüber. Bezüglich der Aetiologie der Blinddarmentzündung betont er das Zusammenwirken von 3 Momenten, der Disposition, der bakteriellen Infektion und der Retention. Auch Meisel-Konstanz ist bei seinen Versuchen zu ähnlichen Resultaten, wie Heile gekommen. Veit-Simon-Breslau hat experimentell nachgewiesen, dass korpuskuläre Elemente, wie feine Kohlenstäubchen besonders leicht vom Appendix aufgenommen werden und in seiner Wandung sich festsetzen. Es ist dies von Bedeutung für die bakterielle Infektion, namentlich auch für die mit Tuberkelbazillen. Die Bedeutung der Bakteriologie für die Klinik der Peritonitis, insbesondere der Appendikulären bespricht Haim-Budweis und betont, dass die Streptokokken und Pneumokokken die schwersten Formen erzeugen. Salzer-Wien meint, dass die im Kindesalter auftretende Diplokokkenperitonitis eine mehr exspektative Behandlung verdient, da die Operation sehr schlechte Resultate gibt. Dagegen wendet sich Spitzy-Graz, der auch bei ihr ein Anhänger der Frühoperation ist, während Fromme-Göttingen mehr auf dem Standpunkte von Salzer steht. — Die anatomische Grundlage der Dickdarmperistaltik nach mikroskopischen Untersuchungen über die Verteilung der Muskulatur bespricht Rost-Heidelberg. Finsterer-Wien schlägt zur Therapie des Volvulus der Flexura sigmoidea die Resektion vor. Sprengel



pflichtet diesem Vorschlage bei, während B o r c h a r d - Posen die Ursache der Erkrankung mehr im Mesenterium sucht und eine Enteroanastomose befürwortet. — Den Darm einer an C o l i t i s a c u t a u l c e r o s a infolge Verblutung verstorbenen Patientin zeigt M ü l l e r-Rostock unter Hervorhebung der Tatsache, dass man diese Fälle jetzt weniger häufig zu sehen bekommt, da man sie durch Anlegung eines Anus präternaturalis zur Heilung bringe. Von anderen Rednern werden dazu eine Reihe kasuistischer Mitteilungen gemacht. Zum Schlusse des Abschnittes der Darmchirurgie berichtet G ö p e l - Leipzig über die k o m b i n i e r t e M e t h o d e d e r E x s t i r p a t i o n d e s M a s t d a r m s m i t p r ä v e n t i v e r p e r i t o n e a l e r A b d e c k u n g d e r B a u c h h ö h l e, ein Verfahren, welches, wie P a y r hervorhebt, einen entschiedenen Fortschritt bedeutet. Von R o t t e r - Berlin, P o l y a - Budapest und R e h n - Frankfurt werden technische Bemerkungen über die Gefässversorgung und Vermeidung einer Darmgangrän gemacht. —

Der letzte Tag galt zunächst der N i e r e n c h i r u r g i e. Als erster Redner sprach K ü m m e l l - Hamburg. Sehr gute Erfolge werden mit der chirurgischen Behandlung bei der infektiösen Form der Nephritis, der Nephritis apostematosa erzielt. Von 17 Nephrektomierten starb nur einer. Wenn irgend möglich, soll man sich mit der Nephrotomie begnügen. Die doppelseitigen infektiösen Nephritiden bei Prostatahypertrophie eignen sich nicht mehr für die Operation. Hier treten die Sectio alta und der Dauerkatheter in ihr Recht. Von den chronischen Nephritiden ist die Nephritis dolorosa (Nephralgie) am besten durch Spaltung der Niere anzugreifen. Die chronisch-hämorrhagische Nephritis wird ebenfalls günstig durch Nephrotomie, mitunter auch durch Dekapsulation beeinflusst. Bei dem eigentlichen Morbus Brightii machte Redner 25 Dekapsulationen. Von diesen starben 3; 5 blieben ungebessert, bei dreien war ein vorübergehender Erfolg zu verzeichnen; die übrigen wurden insoweit gebessert, dass sie beschwerdefrei sind und der Eiweissgehalt des Urins gesunken ist. In anatomischem Sinne geheilt ist nur ein Fall. Redner meint, dass die Dekapsulation bei den schwersten Formen vorübergehende Besserung bringt, dass eine solche aber auch durch interne Behandlung erreicht werden kann. — Ueber die D a u e r e r f o l g e i n d e r N i e r e n c h i r u r g i e berichtet R e n n e r - Breslau. Von 14 Wandernieren sind nur 4 objektiv geheilt, von 10 Uronephrosen sind 8 geheilt, 2 gebessert, von 25 paranephritischen Abszessen sind 10 Heilungen, 4 Misserfolge und 2 Todesfälle (Tuberkuloseverdacht) zu verzeichnen. Bei Steinerkrankungen gab die Pyelotomie und Ureterotomie die besten Resultate (90 % Heilungen). Redner betont die Gefahr der Nachblutung und der Rezidive bei Nephrotomie, die oft sekundär die Nephrektomie notwendig mache. Doppelseitige Steinerkrankung gibt eine sehr schlechte Prognose. Die Nah- und Fernmortalität bei 24 wegen Niereneiterung operierten Fällen betrug bei Nephrektomie 3 (9 Heilungen), bei Nephrotomie 7 (2 Heilungen). Bei Tuberkulose betrug die Mortalität 2 von 16 (13 prim., 3 sek. Ektomien), von 10 Nachuntersuchten 3 objektive, 6 subjektive Heilungen, von 23 Tumoren mit 15 Nah- und Fernmortalität 5 Heilungen. — R i t t e r - Posen hat im Experiment nach Unterbindung der Nierenvene Zustände entstehen sehen, die denen nach Nephrektomie ähneln, indem der zuerst entstehenden venösen Hyperämie eine Nierenschrumpfung mit Hypertrophie der anderen Niere und des Herzens folgt. So



kommt die therapeutische Verwendung der Venenunterbindung in Betracht. Z o n d e k - Berlin macht Mitteilungen zur topischen Diagnose der Niere auf Grund von 70 Nierenmessungen behufs Feststellung der Lagebeziehungen des Beckens und der Kelche zur Nierenoberfläche. Ferner spricht er über intrarenale Drucksteigerung. An der akut hochgradig venös hyperämischen Niere tritt durch die Dekapsulation Druckentlastung und Blutentziehung ein (Blutschwitzen bezw. Aderlass der Niere). Die gleichen Beobachtungen machte er bei der Dekapsulation unmittelbar nach Abklemmung der V. renalis, während sonst das Blutschwitzen nicht auftrat, sondern sich kleine bis stecknadelkopfgrosse Bluttröpfchen und kleine Tautröpfchen an der Nierenoberfläche zeigten. Die Entleerung dieser ausgeschwitzten Flüssigkeit durch die Dekapsulation hat eine stärkere Füllung der in den peripherischen Teilen der Niere gelegenen Blutbahnen zur Folge. Redner hält die partielle Dekapsulation, event. die Skarifikation für zweckmässig. —

V o e l k e r - Heidelberg bespricht die E n t s t e h u n g d e r H y d r o n e p h r o s e n u n d P y o n e p h r o s e n nach röntgenologischen Studien. Er unterscheidet zwischen Infektions- und Dilatations-Pyelitis, Pyelektasie, Nephrektasie und Hydronephrose. — S e i d e l - Dresden spricht über M a s s e n b l u t u n g e n i n d a s N i e r e n l a g e r, bei welchen man solche, durch ausserhalb der Niere gelegene Ursachen herbeigeführte, und solche durch intrarenale unterscheiden muss. Seine eigene Beobachtung war auf dem Boden einer chronischen Nephritis entstanden. Die Therapie hat eine Frühoperation (Ausräumung und Tamponade) anzustreben. Auch S c h l i c h t i n g - Völklingen hat einen Fall von Blutung in das Nierenlager mit Erfolg operiert. Er hielt in seinem Falle die Durchlässigkeit der Kapillaren der Fettkapsel für die Ursache der Blutung. K ö r t e - Berlin und G o l d - m a n n - Freiburg sahen in ihren Fällen Nierenerkrankungen vorliegen, welche eine Entfernung des Organs notwendig machten. Weitere kasuistische Mitteilungen machen P a g e n s t e c h e r - Wiesbaden und v. B e c k - Karlsruhe. Letzterer bemerkt zur Frage der Dekapsulation, dass er bei Eklampsie keine guten Erfolge gesehen. R a n z i - Wien betont die Gefahr der Nachblutung nach Nephrotomie. A n s c h ü t z - Kiel teilt eine Reihe guter Erfolge bei einseitiger Nierenerkrankung mit. Auch er betont die Gefahr der Nachblutung. Auch in einem Falle echter Bright'scher Erkrankung hat er mit Erfolg operiert. I s r a e l - Berlin sieht das Hauptgebiet der Nierenoperation, auf welchem gute Erfolge zu verzeichnen sind, in den einseitigen apostematösen Formen, den Nierenblutungen und den Nephralgien. Bei dem Morbus Brightii verspricht er sich keine Erfolge und glaubt, dass solche, wie sie bisher erzielt, auch durch die innere Behandlung erreicht werden können. Bei Urämie hat er mit der Dekapsulation günstige Erfolge erzielt. Ueber einen solchen bei Quecksilbervergiftung berichtet auch K o l m e r s - Koburg. S c h l a n g e - Hannover hat bei apostematöser Nephritis, um die Nephrotomie zu vermeiden, die einzelnen Eiterherde gespalten. S a m t e r - Königsberg spricht sich gegen den Marwedelschen Nierenschnitt aus. Ferner teilt er ein neues Verfahren, das eine Befestigung der Wanderniere mit Hilfe des Peritoneums erstrebt, mit. M o s k o - w i t z - Wien macht auf eine Entstehungsart der Wanderniere durch abnormen Gefässverlauf aufmerksam. R i t t e r - Posen spricht über die akut septisch-infektiöse Niere und ihre operative Behandlung. Seinen mit Erfolg bei O p e r a t i o n a n d e n S a m e n b l a s e n



angewandten Schnitt bespricht Voelker-Heidelberg. Er geht neben dem Os coccygis ein, durchtrennt die Glutäen und sucht die mit dem Rektum in gemeinsamer Scheide liegenden Samenblasen auf. Posner-Heidelberg bespricht die Art der Lokalanästhesie für diese Operation und hält die von ihm angegebene Methode für einfacher, als die von Kolmers-Koburg, was letzterer bestreitet. — Eine Beobachtung einer Perinealhernie, deren Entstehungsweise er für eine kongenitale hält, teilt Exner-Wien mit. Er erzielte durch Ueberpflanzung des Glutäus Heilung. Polya-Budapest erörtert die Ursachen der Rezidive nach der Bassinischen Operation der Leistenbrüche. Dieselben können einmal bedingt sein durch Wundeiterung, zweitens durch unvollkommenes Nähmaterial, drittens aber durch ungenügenden Verschluss der Bruchpforte. Um dies zu vermeiden, schlägt er Spaltung der Rektusscheide und Heranziehen derselben zum Verschluss vor. Es entwickelt sich eine ziemlich lebhafte Diskussion, in welcher von Schloffer dem Vorschlage beigepflichtet wird, Nötzel für frei Transplantation von Faszie oder Periost eintritt, von Seefisch-Berlin, Spitzy-Graz die Vorzüge der Kocherschen Methode hervorgehoben werden, die sich namentlich auch für Kinderhernien und wie Spitzy betont, auch für Säuglingshernien, von denen er etwa 1000 operiert hat, eignet. Kocher-Bern selbst bemerkt, dass, wenn die Loslösung des Bruchsackes Schwierigkeiten macht, dieselbe nur in ihrem proximalen Teile vorgenommen zu werden braucht, wodurch die Operation erheblich erleichtert und beschleunigt werden kann.

Den Schluss des Kongresses bildeten Vorträge und Demonstrationen aus dem Gebiete der Chirurgie der Extremitäten. Vom Demonstrationsabend sind hier noch nachzuholen die Vorträge von Schmieden-Berlin über regenerative Vorgänge am Hüftgelenk, in welchem er an Röntgenbildern zeigte, wie sich nach Resektionen eine neue Pfanne und ein neuer Kopf bilden kann, und von Wilms-Heidelberg zur operativen Behandlung irreponibler Hüftluxationen. — Sprengel-Braunschweig bespricht die Behandlung der Coxa vara traumatica mittels Reposition und Extension. Auch Drehmann-Breslau ist in 8 Fällen mit gutem Endresultate in gleicher Weise vorgegangen. Grune-Cöln berichtet über die Erfolge bei Oberschenkelhals- und Schaftfrakturen mittels der Bardenheuerschen Extension in Flexionsstellung, verstärkt durch Grune'sche Kniegelenkszüge. Heusner-Barmen demonstriert eine neue Schiene für Oberschenkelbrüche, desgleichen Lauenstein-Hamburg und Vorschütz-Cöln. Shömaker-Holland empfiehlt bei Schenkelhalsbrüchen den Oberschenkel in Innenrotationsstellung einzugipsen und die Patienten im Verbande gehen zu lassen. — Ueber operative Mobilisierung des ankylosierten Kniegelenks berichtet unter Vorführung einzelner Patienten mit gut beweglichen Gelenken Payr-Leipzig. Er berichtet ausführlich über die Art des Vorgehens, welche eine verschiedene ist, je nachdem es sich um eine fibrinöse oder knöcherne Ankylose handelt. Kontraindiziert ist die Operation bei schwerer Atrophie, bei hohem Alter und bei Rentenempfängern. Denn es bedarf zur Erreichung der Beweglichkeit einer energischen Nachbehandlung, bei der der Patient mithelfen muss. Bier-Berlin berichtet über gute Resultate, die er bei



Resektion des Ellenbogengelenkes durch Interposition von Muskellappen erzielt hat. Unter den vielen auf diese Weise operierten Patienten erinnert er speziell an 3, von denen der eine ein hervorragender Tennisspieler, der zweite ein guter Schütze, der dritte als Offizier völlig dienstfähig geblieben ist. Auch beim Handgelenk hat er gute Resultate zu verzeichnen. Francke-Braunschweig ist in gleicher Weise mit Erfolg beim Kniegelenk vorgegangen. Denk-Wien demonstriert einen Fall von Totalexstirpation des Kniegelenks, die zu einer Verkürzung von 16 cm geführt hatte, welche durch einen passenden Apparat gut ausgeglichen werden konnte. — Hirschel-Heidelberg machte eine kurze Mitteilung zur Anästhesierung des Plexus brachialis in der Achselhöhle bei operativen Eingriffen an der oberen Extremität. — Röpke-Jena bespricht die operative Behandlung der habituellen Schulterluxation, bei welcher eine einfache Raffung der Gelenkkapsel nicht genüge, sondern auch der Musc. subscapularis verkürzt werden müsse. — Ueber einen interessanten Fall schwerster Armverletzung, in welchem der Arm eigentlich nur durch einen dünnen Strang noch mit dem proximalen Teile zusammenhing, berichtet Pätzold-Berlin. Es gelang ihm durch Vernähung der einzelnen Teile, auch der Gefässe, den Arm zu erhalten. —

Zu erwähnen ist noch die Begründung eines Zentralblattes für Chirurgie und ihre Grenzgebiete durch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft wurde Trendelenburg-Leipzig, zum Vorsitzenden für das nächste Jahr Angerer-München gewählt.

Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie.

Unna, P. G., Granuloma fungoides (Mycosis fungoides). Erklärung der klinischen Symptome durch das histopathologische Bild. (Virchows Archiv f. patholog. Anatomie 1910. Bd. 202, S. 68.)

Unter Granuloma fungoides versteht man heute eine chronische, sich zuweilen über Jahrzehnte erstreckende Erkrankung der Gesichtshaut mit fast immer tödlichem Ausgange, welche sich durch ein auffälliges Schwanken, ein rasches Auftreten und Schwinden der Symptome, einen zuerst benignen, wechselnden, dann immer bösartigeren stabilen Charakter, ein länger dauerndes Vorstadium höchst polymorpher Exantheme und ein kürzeres Endstadium charakteristischer, einförmig gebauter Tumoren auszeichnet.

Der Ausgangspunkt der Veränderungen ist immer das unter Oberhaut und Papillarkörper verborgene subpapillare Gefäßnetz der Haut. In der lange dauernden ersten „präfungoiden Periode“ mit ihren oberflächlichen Erscheinungen ist es z. T. ganz allein befallen, zum Teil strahlen die Veränderungen in den darüber liegenden Papillarkörper und die Oberhaut aus. Allmählich wird schichtenweise auch nach innen die Cutis in Mitleidenschaft gezogen, und es kommt zu Veränderungen und zum Schwunde der eingebetteten Haarfollikel und Talgdrüsen. Die Erkrankung verbreitet sich auf dem Blutwege in der Haut, aber mit besonderer Bevorzugung der Blutbahn an der oberen Grenze von Papillarkörper und Cutis, und zwar dehnt sie sich viel mehr in die Breite als in die Tiefe aus. Die Blutgefäße des Granuloms erweitern sich dabei unter Beibehaltung der dünnen Beschaffenheit ihrer kapillaren Wände. Der Erweiterung der Blutgefäße



entspricht eine ebensolche des gesamten oberflächlichen Lymphbahnsystems der Haut, es besteht also eine starke Hyperämie und ein stabiles Ödem. Zu den Zeichen eines übermäßigen Saftstromes gesellen sich von vornherein sehr charakteristische zellige Veränderungen in der Cutis. Diese lassen sich im allgemeinen so definieren, daß die Form des gewöhnlichen Bausteines der Granulome, die Form der Plasmazelle, bald überschritten wird und die Hypertrophie der Bindegewebszelle zu ganz gewöhnlich großen und wechselnden Gestalten, zu einer bei keinem anderen Granulom bekannten Polymorphie führt. „Das Granuloma fungoides ist das pathologische Zellenmuseum der Haut." Die Quelle des Zelleninfiltrates ist nicht eine Auswanderung von Lymphozyten aus dem Blute, sondern sie liegt in einer primären Hypertrophie der Spindelzellen mit einer exorbitanten Masse von Mitosen neben einer bescheidenen Anzahl von Zellzerklüftungen nach amitotischer Kernteilung. Zugleich kommt es zu einer Abführung der Zellmassen ins Blut. Die Zellmassen des Granuloma fungoides haben eine relativ geringe Resorptionswirkung auf die Interzellurlarsubstanz. Wesentlich für das Verständnis der klinischen Erscheinungen ist zunächst der Ausgangspunkt der Erkrankung in der Höhe des subpapillaren Gefäßnetzes mit sekundärer Ausstrahlung in den Papillarkörper und die Oberhaut einerseits, die Cutis bis zum subkutanen Gewebe andererseits, dann die dauernde Erweiterung der oberflächlichen Blut- und Lymphbahnen und schließlich die ungemeine Weichheit und Hinfälligkeit des Zellinfiltrates, womit der exorbitante Zerfall der rasch wachsenden Zellleiber und eine ungewöhnlich starke reaktive Zellneubildung durch Mitose und Amitose zusammenhängen.

Unter den „präfungoiden" Exanthemen kann man drei Gruppen unterscheiden, die des Ödems und Erythems, die der ekzemähnlichen und die der lichenähnlichen Ausschläge. Es sind dies nicht sich ablösende Stadien, sondern individuelle Besonderheiten der einzelnen Fälle; die verschiedenen Gruppen können sich zeitlich und örtlich in mannigfachster Weise kombinieren, aber auch ganz fehlen. Alle diese Exantheme zeichnen sich vor den differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Dermatosen aus durch ihre spontane Veränderlichkeit, die auffallenden Schwankungen der Intensität, häufig durch ihre ringförmige Gestalt und die scharf abgeschnittenen, anämischen Inseln, die im Bereiche der Flecke auftreten.

Auch die fungoide Periode des Granuloma fungoides ist eine wesentlich auf die Haut beschränkte Dermatose. Es handelt sich dabei eigentlich nur um die allmähliche Emporwölbung der nur mechanisch veränderten Oberhaut nebst angrenzendem Papillarkörper durch ein sich stetig in seiner Dicke vergrößerndes Infiltrat der Cutis. Die tiefliegenden Hautgefäße, die Knäueldrüsen und das subkutane Gewebe sind bei dem Prozeß zunächst gar nicht (höchstens am Schlusse der kachektischen Periode) beteiligt; dem entsprechend bleibt auch das elastische Gewebe in der Haut unberührt und wird nur flach abwärts gedrückt und begrenzt hier die Tumoren jeder Größe in immer gleicher Weise. Die Tumoren sind durch eine außerordentliche Rückbildungsfähigkeit ausgezeichnet, die relative Schmerzlosigkeit und die Möglichkeit eines spurlosen Verschwindens (entsprechend der Weichheit des Geschwulstgewebes, das keinen Druck nach der Tiefe zu ausübt und die Nervenstämme intakt läßt, und der Integrität des kollagenen Gewebes).

Eine Verwechslung mit Sarkom ist kaum möglich. Doch können sich in der letzten, kachektischen Periode auf dem Boden der Tumoren maligne metastasierende Lymphosarkome entwickeln. Risel-Zwickau.

Poggenpohl, S. M., Zur Frage der Veränderungen des Pankreas bei Lebercirrhose. (Virchows Arch. f. patholog. Anatomie 1909, Bd. 196, S. 466.)

Die Angaben der Literatur über die Pankreasveränderungen bei Leberzirrhose sind verworren und widersprechen einander. Das hat seinen Grund darin, daß die einzelnen Autoren meist nur über eine geringe Anzahl von Fällen verfügten, so daß es ihnen unmöglich war, die konstanten Veränderungen von den zufälligen und sekundären zu trennen. Aus den Un-



tersuchungen des Verfassers bei 22 Fällen von atrophischer und 2 von hypertrophischer Leberzirrhose ergibt sich, daß stets bei Leberzirrhose auch im Pankreas Erscheinungen von chronischer Entzündung (Sklerose) vorhanden sind, und zwar immer intralobulär, nur selten auch interlobulär. Das intralobuläre Bindegewebe umgibt in einzelnen Fällen entweder Gruppen von Acinis oder einzelne Acini des Pankreas; desgleichen bildet es Ringe um die Langerhansschen Inseln und schickt bisweilen auch in deren Inneres Bindegewebsbündel hinein. Die parenchymatösen Veränderungen des Pankreas stehen in direktem Zusammenhang mit dem Grade der interstitiellen Veränderungen und äußern sich durch mehr oder minder bedeutende Atrophie der Drüsenzellen, durch fettige Degeneration derselben, bisweilen auch in Störung des azinösen Baues der Drüse, wobei einzelne Zellen die Eigenschaften sekretorischer Zellen einbüßen und sich mehr dem Aussehen der Zellen der Langerhansschen Inseln nähern. Die Langerhansschen Inseln erscheinen in der Mehrzahl der Fälle normal. Wenn sie aber in den Krankheitsprozeß mit hineingezogen werden, so sieht man dabei neben einzelnen veränderten zahlreiche vollkommen normale Inseln. Bei Leberzirrhosen, die mit Störung der Kompensation der Herztätigkeit einhergehen, werden nicht selten Blutergüsse in den Langerhansschen Inseln beobachtet. Die Schwere der interstitiellen Veränderungen im Pankreas geht nicht immer dem Grade der analogen Veränderungen in der Leber parallel. Das Alter des Bindegewebes in der Leber erschien in allen Fällen höher als in der Leber. Die Veränderungen des Pankreas unterscheiden sich bei atrophischer (portaler) Zirrhose durch nichts Wesentliches von denen bei hypertrophischer Zirrhose. In beiden Fällen bilden den Ausgangspunkt der bindegewebigen Wucherung im Pankreas die Ausführungsgänge, welche die Erscheinungen von entzündlichem Katarrh darbieten. Nur in seltenen Fällen geht die Bindegewebswucherung im Pankreas auch den Blutgefäßen entlang vor sich. Die Veränderungen des Pankreas bei Leberzirrhose sprechen zu gunsten ihrer enterogenen Entstehung. Diese Theorie wird auch durch die Befunde bei der experimentellen Leberzirrhose bestätigt. Durch chronische Intoxikation von Kaninchen mit kleinen Dosen von Buttersäure gelingt es, die Anfangsstadien von portaler Leberzirrhose zu erzeugen. Dabei wurden im Magendarmkanal der Versuchstiere subakuter Katarrh, im Pankreas Entzündung der Ausführungsgänge mit Neigung zur Neubildung von Bindegewebe in der Umgebung beobachtet. W. Risel-Zwickau.

Audrain, J. (Caen), **Bedeutung der inneren Sekretion für die Pathogenese (Essai sur une pathogénie commune aux lésions du corps thyroïde et des organes à fonction antitoxique).** (Progr. méd. 1912, Nr. 13, S. 153—156.)

Unseren Zeitgenossen sind Störungen in der inneren Sekretion der Schilddrüse, Nebenniere usw. wohl bekannt. Allein unter der Nachwirkung der Mosaikvorstellung vom menschlichen Körper, welche die deskriptive Anatomie uns eingepflanzt hat, hat man sich daran gewöhnt, bestimmte Symptomen-Gruppen bestimmten Organen zuzuteilen und nimmt dabei stillschweigend an, daß die anderen Organe intakt seien. Audrain geht einen erheblichen Schritt weiter. Er hat erkannt, daß der menschliche Organismus nicht sowohl aus einzelnen getrennten, präparierbaren Organen besteht, sondern vielmehr aus Funktionen, welche sich durch den ganzen Körper hindurch erstrecken und bald in dieser, bald in jener Form in die Erscheinung treten. So ist ihm auch die innere Sekretion eine einheitliche Funktion, die Tätigkeiten der Schild-, Zirbel-, Thymusdrüse usw. nur Spezialleistungen. Man könnte sie mithin mit dem Nervensystem vergleichen, welches ja gleichfalls allenthalben wirksam ist.

In diesem System der inneren Sekretion gibt es nun eine Art von Hierarchie. An die erste Stelle setzt Audrain das Lymphsystem, besonders das adenoide Gewebe des Nasen-Rachenraums und des Darmkanals (inkl. Appendix). Ihm folgt die Leber, während die anderen Teile mehr von sekundärer Bedeutung sind.

Natürlich erkrankt das System nicht „von selbst“, vielmehr immer von



außen, durch Gifte. Solche Gifte sind stets anzunehmen, auch wenn wir sie nicht kennen. Von den bekannten Giften spielen Alkohol, Tuberkulose und Lues die größte Rolle und zwar nicht sowohl durch ihre direkte Einwirkung auf das Individuum, sondern durch die Schädigung des Keim-Plasmas der Erzeuger. Das Produkt tuberkulöser Mütter und syphilitischer Väter wird dann mit einer Insuffizienz seiner (entgiftenden) Leber geboren und dauernd eine prekäre Gesundheit haben. Die Therapie — Verabreichung von Lebersubstanz — ergibt sich als Konsequenz von selbst.

Audrain ist ohne Zweifel ein origineller, moderner Kopf; schade, daß er so viel von den alten Trümmern in seinen neuen Bau herübergenommen hat. Buttersack-Berlin.

Widmer, Dr. C. (Zofingen), **Die Rolle der Psyche bei der Bergkrankheit und der psychische Faktor bei Steigermüdungen.** (Münch. mediz. Wochenschr. 1912, Nr. 17.)

Der Autor sucht nachzuweisen, daß bei den Steigermüdungen (wie auch bei anderen Anstrengungen: Märschen usw.) und bei der Bergkrankheit die somatischen Erscheinungen nicht die Hauptrolle spielen, sondern daß die psychischen den Ausschlag geben. Er hat seine Erfahrungen an Hunderten von Fällen gewonnen und hebt hervor, daß er nicht sowohl mit „exakter" Psychologie der Frage näher getreten sei als auf Grund praktischer Erfahrungen. Da ist ihm dann zunächst aufgefallen, daß zuerst manche Hemmungen fortfallen, daß dann eine auffallende Abnahme des Gedächtnisses eintritt. Ganze Lebensperioden gingen dem Bewußtsein verloren, viel Oberflächliches schmelze fort, „der Mensch wird, wer er ist", und da träte dann auch speziell die Sexualität oft an die Oberfläche. Die sukzessive Entblößung des individuellen Sexualbegriffes ermögliche die schönste Psychanalyse. Doch käme dann fast ohne Ausnahme anknüpfend an eine fingierte Idealperson eine mystische Angst- und Zwangsvorstellung auf und diese immobilisiere die Sexualsphäre. Mit diesem Ausfall der Vorstellungen verquickt sich in mannigfacher Weise die Ermüdung, und zwar die körperliche nur insofern primär als sie den Ausfall manifest macht, es gibt nur eine wirkliche Ermüdung: die nervöse. Und zwar meint der Verfasser, daß die Arbeits- und Steigermüdung sich dem Praktiker und der Wissenschaft in den automatischen, unterbewußten Funktionen bemerkbar mache, während der Einfluß der Niveauerhebung sich in subtilen, psychischen Veränderungen zuerst manifestiere. Beobachtungen hierüber stellte er besonders an Soldaten an bei Übungen für den Transport Verwundeter, bei denen sich ergab, daß die anfänglich ziemlich stark eintretenden Ermüdungserscheinungen, in Steigerung von Puls- und Atmungsfrequenz sowie Zyanose und Übligkeit sich äußernd, sich bald wieder zur Norm zurückbildeten, es folgte trotz fortgesetzter Übung eine Erholung, die lange anhielt. Es ist dies eine Erklärung dafür, daß die steile Gerade bergaufwärts weiter führt als lange Kehren, daß eine Truppe nach 30 km kaum müder ist als nach 10. Und dies könne er sich nicht anders erklären als einen Vorgang im Zentralnervensystem. Er hält deshalb von einem Kommandowort, einem Lied, Rhythmus usw. bei Ermüdungserscheinungen mehr als von Kampher und Digalen. Der Wille ist die Hauptsache, und wer mit dem Willen Schwergesetz und Gleichgewichtsstörungen überwinde, der empfinde das rechte Hochgefühl, das die Berge verliehen, die in Wahrheit frei machten. Schütze-Darmstadt.

Tecklenburg, F. (Kissingen, Neues Kurhaus), **Wechselbeziehungen zwischen atonischem Darm und Zirkulation.** (Ztschr. f. physikal. u. diätet. Therapie 1912, XVI. Band, S. 228—238.)

Ebenso wie die bakteriologischen Spezialisten ihren respektiven Lieblingsbazillen einen möglichst großen Teil der Pathologie zuzuschieben bestrebt sind, in der gleichen Weise besteht bei den in der deskriptiven Anatomie wurzelnden Klinikern die Neigung, von ihrem Spezialorgan aus so ziemlich alle Krankheitssymptome zu erklären. In einer späteren Epoche der Geschichte der Medizin — gleichgültig, welches Volk dann die Füh-



rung übernommen haben wird — wird man diese Denkweise nicht mehr ganz begreifen, weil man dann die organische Einheit des Organismus, im Gegensatz zu der Mosaikvorstellung, erkannt hat. Bis dahin ist es allerdings noch weit. Indessen die Arbeit von Tecklenburg scheint sich in dieser Richtung zu bewegen. Er greift aus dem unabsehbaren Meer von physiologischem Zusammenarbeiten der Organe den Darmtraktus und die Zirkulation in ihren Wechselbeziehungen heraus, und erklärt diese entweder durch räumliche, unmittelbare Nachbarschaft, oder durch Nervenbahnen, oder durch Autointoxikationen. Auf die Möglichkeit, daß Störungen im Darm- und im Zirkulationsapparat koordinierte Folgen einer Störung in einem, beiden gemeinsamen System sein könnten, geht er nicht ein.

Aber auch so ist der Aufsatz interessant genug. Mit Recht betont Verfasser die große Wichtigkeit des Zwerchfells und seine diagnostische Bedeutung, die Atonie des Darms einerseits als Folge, andererseits als Ursache bestimmter Anomalien — der Hinweis von Plönies, daß Atonien des Herzens und des Magens zumeist parallel gehen, hätte hier erwähnt werden können —, die vielen „Herzneurosen" e stomacho laeso usw. Mag auch der eine oder andere da und dort anders kombinieren, so wird sich doch jeder Kliniker freuen, unter den vielen chemischen und physikalischen Abhandlungen auch einmal einer klinischen zu begegnen.

Buttersack-Berlin.

Amenomiya, R., Über die Beziehungen zwischen Koronararterien und Papillarmuskeln im Herzen. (Virchows Archiv f. patholog. Anatomie 1910, Bd. 199, S. 187.)

Die Untersuchungen des Verfassers suchten die Frage zu beantworten, warum die Papillarmuskeln des Herzens so häufig von Infarkten und Schwielen betroffen werden.

Er untersuchte 11 Fälle, wo Infarkte oder Schwielen der Papillarmuskeln vorhanden waren, wo aber keine makroskopisch wahrnehmbare oder nur eine ganz geringfügige Sklerose der Hauptäste der Kranzarterien des Herzens festgestellt werden konnte (1 Fall mit Koronarsklerose, 6 Fälle mit makroskopisch nicht erkennbarer, 2 mit ganz geringer Sklerose am vorderen absteigenden Aste, 1 mit geringfügiger Verengerung des Anfangsteiles der rechten und 1 Fall mit geringfügiger Verengerung des Einganges der linken Kranzarterie). In zwei Fällen handelte es sich um Embolie, in 3 um bedeutende Verengerung des Gefäßlumens durch Wucherung der Gefäßwände, besonders der Intima, in 3 anderen um Verengerung durch Verdickung der Media und Adventitia (Spirochätennachweis negativ) und in 3 Fällen fehlte jede Gefäßveränderung, ohne daß sich eine Erklärung für die Infarkt- und Schwielenbildung hätte geben lassen. Die Ansicht, daß die Sklerose der Kranzarterienstämme auf die Infarkt- und Schwielenbildung von ausschlaggebendem Einflusse sei, konnte nicht bestätigt werden, da die gleichen Herzmuskelschädigungen auch bei Fehlen oder bei nur ganz geringfügigen Verengerungen der Kranzgefäße gefunden wurden.

Auch die Ansicht von Spalteholz, daß eine Schädigung des Papillarmuskels nur bei mangelnder und mangelhafter Anastomosenbildung, bei Verschließung stärkerer Gefäße und bei unvermittelt, also plötzlich auftretenden Gefäßverschlüssen möglich sei, konnte Verfasser nach seinen Befunden nicht bestätigen. Er fand im Papillarmuskel nur Kapillaranastomose und auch diese nur in geringem Grade und betrachtet daher die feinsten Verzweigungen der Gefäße als funktionelle Endarterien. Er fand auch Bildung von Infarkten und Schwielen, wenn die Gefäßstämme unversehrt waren und nur die Papillarmuskelgefäße Erkrankungen aufwiesen. Das von ihm festgestellte alleinige Vorkommen von Kapillaranastomose ergibt, daß auch langsam vor sich gehende Verschließung der Kranzgefäße zu Papillarmuskelschädigungen führt.

Untersuchungen an zwei Hundeherzen nach Unterbindung der einen Kranzarterie ergaben wertvolle Feststellungen über den Verlauf der Gefäße



zum Papillarmuskel und über die Gefäßversorgung der Papillarmuskeln, die sich folgendermaßen zusammenfassen lassen:

Hinsichtlich der Versorgungsgebiete der beiden Koronararterien des menschlichen Herzens wurde die Annahme als richtig erwiesen, daß durch die rechte Kranzarterie der größte Teil des rechten Herzens, der hintere Teil der Kammerscheidewand, und ein Teil der hinteren Wand der linken Herzhälfte, durch die linke Kranzarterie hingegen der größte Teil des linken Herzens, der vordere Teil der Kammerscheidewand und ein Teil der vorderen Wand des rechten Herzens versorgt werden. In den Papillarmuskeln erfolgen die Endverzweigungen der Gefäße teils senkrecht zur Längsrichtung der letzten Stämme, teils aber auch in Büschelform, indem die letzten Zweige von einem Punkte aus wie die Strahlen eines Büschels nach allen Seiten sich verteilen. Da der vordere Papillarmuskel der linken Kammer völlig von einem Ast des Ramus descendens a. coronariae sin., der hintere von den Ästen beider Kranzarterien mit Blut versorgt wird, und da ferner der vordere große Papillarmuskel der rechten Kammer von beiden Kranzarterien gespeist wird, der zu ihm führende Ast der linken Kranzarterie ziemlich hoch oben vom Ramus descendens a. coronariae sin. abzweigt, alsdann nach dem Eindringen in die Kammerwand ein Stück in dieser verläuft, um dann in den Papillarmuskel einzutreten und in ihm zu endigen, und da schließlich die die Papillarmuskeln versorgenden Gefäße bei ihrem Eintritt in die Papillarmuskeln genötigt werden, entgegen ihrem ursprünglichen Laufe sich zurückzuwenden und einen ziemlich beträchtlichen Bogen zu beschreiben, mithin auf eine nicht gerade günstige Ernährungsversorgung geschlossen werden muß, so ist in dieser Art der Blutversorgung der Papillarmuskelgefäße und in dem angedeuteten Verlaufe der zu den Papillarmuskeln führenden Gefäße die Ursache dafür zu sehen, warum gerade die Papillarmuskeln so häufig von Infarkten und von Schwielen befallen werden und gerade der vordere Papillarmuskel dabei so oft betroffen ist. Außerdem ist in Zukunft bei der Atherosklerose des Ramus descendens anterior dem vorderen rechten Papillarmuskel mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden.

W. Risel-Zwickau.

Innere Medizin.

Hutinel (Paris), Senkungen des Herzens. (Les ptoses cardiaques chez les adolescents). (Pédiatrie 1912, 25. Januar.)

Der berühmte Kinderarzt macht darauf aufmerksam, daß bei zahlreichen Knaben und Mädchen zwischen 13—17 Jahren allerlei Störungen am Zirkulations- und Respirationsapparat auftreten. In erster Linie ist dafür ein schnelles Wachsen anzuschuldigen, wodurch ein gewisses Mißverhältnis zwischen den inneren Organen und ihrer Umgebung bedingt wird. Im Röntgenbild und auch bei der Perkussion findet sich ferner eine, allerdings geringfügige Senkung. Die Hauptsache sind aber immer asthenische Zustände, also eine neuropathische Konstitution.

Man erinnert sich dabei unwillkürlich an den Morbus asthenicus von B. Stiller (Budapest), welcher diese Verhältnisse mit dem Scharfblick eines Klinikers der alten Schule durchschaut hat. Es handelt sich jedoch, worauf immer wieder hingewiesen werden muß, nicht um eine Schwäche, Asthenie des Muskelsystems, sondern der elastischen Qualitäten. Alle Welt spricht zwar von Tonus, Spannung, Spannkraft usw. und schiebt diese Eigenschaften der Kontraktilität zu, unter welchem Namen die alte Hallersche Irritabilität fortlebt. Aber de facto sind die elastischen und kantraktilen Funktionen ebenso untereinander verschieden, wie die psychischen und die nervösen.

Buttersack-Berlin.

Fischer, Dr. Martin H., Die Nephritis. (Dresden 1912, Verlag von Theodor Steinkopff. Preis 5 M., geb. 6 M.)

Die vorliegenden Studien stellen eine Betrachtung der Nephritis vom physikalisch-kolloidchemischen Standpunkt dar.



Die Nephritis ist ein Komplex von einer Anzahl — fast stets gemeinsam auftretender — Veränderungen. Es liegt sehr nahe, diese Teilerscheinungen — eben ihres gemeinsamen Auftretens wegen — auf eine gemeinsame Noxe zurückführen zu wollen. Fischer glaubt, die Ursache der gesamten Erscheinungen gefunden zu haben und sieht sie in der abnormen Anhäufung von Säuren (Milch- und Oxalsäure) in der Niere. Zunächst bekämpft er die wohl allgemein angenommene Vorstellung, daß das Eiweiß im Harn Albuminurischer aus dem Blute stammt. Er ist davon überzeugt, daß eine Albuminurie auftritt, wenn im Körper Bedingungen geschaffen worden, durch die die Wandlung des uropoetischen Systems, die aus einer Mischung verschiedener Emulsionskolloide im Gel-Zustand besteht, und die das Blut vom Harn trennt, „in Lösung gehen kann", d. h. in den Sol-Zustand übergeführt wird. Wenn man nun die Nephritis als einen derartigen „Auflösungsprozeß" der Nierenproteine ansieht, so müßten wir nach Fischers Theorie durch jede vermehrte Säureproduktion in der Niere eine Albuminurie erzeugen können. Es ist bekannt, daß sich durch die Injektion einer genügenden Säuremenge im Tierexperiment die typischen Erscheinungen einer akuten Nephritis hervorrufen lassen. Nun ist es aber keineswegs notwendig, zur Erzeugung der Albuminurie den Körper von außen zu beeinflussen. Sie läßt sich z. B. durch Leistungen, die einen mehr als normalen Kraftaufwand erfordern, herbeiführen. So finden wir, daß Soldaten nach forcierten Märschen, Frauen in der Geburt, Wettläufer usw. wegen der vermehrten Arbeit und der zeitweise defekten Sauerstoffversorgung eiweißhaltigen Harn ausscheiden. Eine ganz ähnliche Situation wird im Körper durch pathologische Zustände — wie Lungenerkrankungen und dekompensierte Herzfehler — geschaffen. Auch durch schwere Anämie, Kohlenoxydvergiftungen und Epilepsie kann Albuminurie entstehen. Die gemeinsame Ursache aller dieser Schädigungen ist die ungenügende Sauerstoffversorgung der Gewebe, die — wie T. Araki in seinen Arbeiten bewiesen hat — stets von einer abnormen Säureproduktion begleitet ist. Jede Körperzelle gibt unter diesen Bedingungen Eiweiß an die umgebende Flüssigkeit ab, und die Nephritis ist also keine spezifische Erscheinung. Der Verfasser kommt sodann auf die morphologischen Veränderungen der Niere zu sprechen und weist darauf hin, daß die Schrumpfniere einen Komplex lokalisierter parenchymatöser Nephritiden darstellt, denn die befallenen Teile weisen alle die charakteristischen Symptome der parenchymatösen Form auf. Die Größenzunahme, die bei „trüber Schwellung" auftritt, ist auf die Überproduktion von Säure zurückzuführen. Die Hämorrhagien bei Nephritis kommen nach der Ansicht der Pathologen durch Diapedese zustande. Schon J. Cohnheim hat das Vorhandensein der Recklinghausenschen Stomata bestritten, und nun weist Fischer an Hand einiger geistvoller Experimente nach, daß sich auch die Wanderung der Erythrozyten durch die Veränderungen, die die Gewebskolloide durch Ansäuerung erleiden, erklären läßt. Auch die Bildung der Harnzylinder, die den Verfall der Niere bezeichnet, ist auf den abnormen Säuregehalt in der Niere zurückzuführen, und der Charakter der Zylinder stellt quasi den Index des renalen Säuregrades dar. Jedoch kann die Beschaffenheit des Harns — z. B. die Anwesenheit von Salzen, die durch die Präzipitation gewisser Kolloide eine Granulation bewirken — den ursprünglichen Charakter der Zylinder wesentlich abändern. Bei der Besprechung der Sekretionsstörungen kommt Fischer zur Überzeugung, daß die Arteriosklerose und gewisse Herzhypertrophien als die primären Ursachen der Nephritis anzusehen sind, und nicht etwa ihre Entstehung als eine Wirkung der Nierenerkrankung gedeutet werden darf. Der Verfasser kommt sodann auf die Behandlung der Nephritis zu sprechen. Nach seiner Ansicht ist die letzte Ursache einer jeden Nephritis schließlich eine Intoxikation. Also empfiehlt sich die Wassertherapie, die eine Herabminderung der Giftwirkung bezweckt. Außerdem muß — auf Grund der in der Arbeit niedergelegten Betrachtungen — die Anwendung bestimmter Salze die Nephritis günstig beeinflussen können. Die Krankengeschichten von 7 auf diese Weise behandelten Fällen sind wegen der therapeutischen Erfolge



sehr wohl geeignet, die Theorie von der gemeinsamen Ursache aller nephritischer Symptome wirksam zu stützen. Schürmann-Wecker.

Müller, Eberhard (Calw), Die Pocken im Oberamtsbezirk Calw 1849—1910. (Medic. Correspondenz-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereins, Bd. 82, No. 13, S. 201.)

Das Oberamt Calw im Schwarzwaldkreis — bei der letzten Zählung 27850 Einw. — hat im Verlauf von 60 Jahren nach dem Ausweis der Physikatsberichte ein bemerkenswertes Verhalten den Pocken gegenüber gezeigt. Während vom 1. Juli 49 bis 30. Juni 50 in 30 Gemeinden 260 Krankheitsfälle mit 17 Todesfällen vorkamen, damals auch 3033 Revakzinationen und 671 Erstimpfungen vorgenommen wurden, blieben darnach nahezu ein Jahrzehnt die Pocken fast ganz aus. 1864—66 kamen 240 Pockenfälle, darunter 176 Variolois, mit 30 Todesfällen und wieder 70—72 535 Fälle (darunter 367 Variolois) mit 92 Toten vor, wobei zu bemerken ist, daß in jenen Zeiten große Bahnbauten ausgeführt wurden, an denen viele nie geimpfte Italiener, Tschechen und Slowaken (ungefähr 3000 Mann mit ihren Angehörigen) arbeiteten. Damals wurden ausgiebige Revakzinationen (1924), außerdem 2266 Erstimpfungen vorgenommen.

In ganz Württemberg kamen 1872 1164 Pockentodesfälle vor.

Im 37 jährigen Zeitraum 1873—1910 ereignete sich im ganzen Calwer Bezirk nur 1 Pockenkrankheitsfall. Auch durch dieses Beispiel, in einem kleinen, aber unter guter Kontrolle gehaltenen Gebiet, wird der Nutzen der Vakzination, das Zurückweichen und Verschwinden der Krankheit durch ausgedehnte Impfung und Wiederimpfung wieder ins beste Licht gestellt.

H. Vierordt-Tübingen.

L. de Campos-Moura (Genf), Appendizitis und perforiertes Darmgeschwür. (Revue médicale de la Suisse romande 1912, XXXII. Jahrg., S. 307—312.)

Verfasser stellt 2 instruktive Fälle einander gegenüber, welche am gleichen Abend in die chirurgische Klinik von Girard eingeliefert wurden und beide Male junge Männer von 21 bezw. 25 Jahren betrafen. Beim ersten Fall wurde ein perforiertes Magengeschwür vermutet: es fand sich ein gangränöser, perforierter Wurmfortsatz. Im zweiten Falle wurde eine reguläre Appendizitis diagnostiziert: es fand sich ein perforiertes Duodenalgeschwür. Die Differentialdiagnose aus den klinischen Erscheinungen ist somit unsicher. Die Ulcera entwickeln sich schleichend und heimlich, und entziehen sich aus Mangel an Symptomen der Diagnostik. Verfasser rät deshalb, bei allen Appendizitis-Operationen, bei denen sich an der Appendix nur geringfügige Veränderungen zeigen, den Darm nach latenten Geschwüren abzusuchen. Buttersack-Berlin.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Esch, P. (Marburg), Über Harn- und Serumtoxizität bei Eklampsie. (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 461.)

Verfasser hatte schon früher Versuche mit der intrakardialen Injektion von neutralisiertem Urin von Graviden, Kreißenden, Wöchnerinnen und nicht graviden Menschen gemacht. In keinem Falle hat er schwere anaphylaktische Erscheinungen beobachten können.

In 2 Fällen von Eklampsie konnte er nun unter der Geburt eine Toxizität des Serums und besonders des Harnes konstatieren. Die Giftigkeit dokumentierte sich bei Meerschweinchen nach der intrakardialen Injektion des Untersuchungsmateriales unter dem Bilde der anaphylaktischen Krankheitserscheinungen. Die Autopsie der getöteten Tiere wies den charakteristischen Befund der im anaphylaktischen Shock gestorbenen Tiere auf. Das Fruchtwasser erwies sich als ungiftig. Im Wochenbette verschwand die Toxizität sehr bald. Aus seinen weiteren Versuchen ging hervor, daß das Serumgift identisch mit dem Harngift ist. Die Harntoxizität ist unabhängig von dem spezifischen Gewicht, von dem Säuregrade und dem Gehalt des Harns an genuinem Eiweiß.



Die Befunde E.s sind zweifellos sehr interessant, obwohl es sich noch nicht übersehen läßt, wie weit sie zur Erklärung der Eklampsieätiologie werden dienen können. Es geht nämlich heute doch nicht mehr an, die Eklampsie ohne weiteres als anaphylaktische Erscheinung aufzufassen, was E. ja selbst ablehnt. Es scheint aber doch gelungen zu sein, im Urin und im Serum Eklamptischer ein spezifisches Gift nachzuweisen, darin scheint die Wichtigkeit der Befunde von Esch begründet.

Frankenstein-Cöln.

Schauta, F. (Wien), **Die Behandlung der Geburt nach operativer Antefixation.** (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 35, p. 135.)

Die Verbreitung der operativen Antefixation der Gebärmutter rechtfertigen den Ref., dieses Thema in dem hauptsächlich für den Praktiker bestimmten Blatte zu besprechen, vor allem deshalb, weil der Aufsatz, klar und einfach geschrieben, alles das enthält, was für die Erledigung dieser Frage überhaupt in Betracht kommt. An der Hand von 4 selbst beobachteten Fällen, bei denen es dem Verfasser gelang, unter Umgehung der gebräuchlichen Entbindungsmethode, nämlich des Kaiserschnittes, die Geburt durch Wendung zum guten Ende zu führen, bespricht er die Möglichkeiten, welche bei dieser Anomalie überhaupt zur Anwendung kommen können.

Dabei müssen wir uns vor Augen halten, daß bei einem operativ antefixierten Uterus die normale Entbindung deshalb auszubleiben pflegt, weil die Wehenkraft nicht in der Richtung auf den Muttermund zu wirkt, sondern da dieser zu weit nach hinten verlagert ist, die Frucht nur gegen die Vorderwand des unteren Uterusabschnittes treibt. Soll also die spontane Entbindung ermöglicht werden, so werden wir Maßnahmen zu treffen haben, welche die Verlagerung des Muttermundes nach hinten aufheben.

Es kommt demnach in Betracht: 1. Zug an der Zervix in der Richtung nach vorn. 2. Die sagittale Spaltung der vorderen Muttermundslippe und der Zervix, diese Methode eignet sich vorwiegend nach vaginaler Fixation, bei der die Blase aus dem Bereich des Operationsfeldes gebracht ist. 3. Die einfache Wendung oder bei Steißlage das Herabholen eines Fußes. 4. Die Metreuryse unter Gewichtsbelastung. Die beiden letzten Methoden genügen der eingangs aufgestellten Forderung im besonderen. 5. Selten und nur bei toter Frucht kommt die Kranioklasie in Frage. 6. In vereinzelten Fällen endlich dürfte die Sectio caesarea anzuwenden sein.

Sch. weist nicht ohne Grund darauf hin, daß gerade von dieser in vielen Fällen der Literatur wohl ohne Not Gebrauch gemacht worden ist. Schließlich ist nicht zu vergessen, daß wir Gynäkologen in der Prophylaxe der Antefixationsgeburten das Unsere zu leisten haben, indem wir Sorge tragen sollen, die direkte Fixation des Uterus bei Frauen im gebärfähigen Alter zu meiden, da sich nach indirekter Fixation unangenehme Ereignisse seltner zeigen werden. Frankenstein-Cöln.

Schickele, G. (Straßburg), **Thrombose und innere Sekretion.** (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 183.)

Unter Berücksichtigung der Thrombosenvorgänge in der Plazenta und an der Hand anderer klinischer Beobachtungen kommt Sch. zu der Behauptung, daß die überwiegende Mehrzahl der Thrombosen, vielleicht nur mit Ausnahme der infektiösen, lediglich auf mechanischem Wege entstehen. Für einen Zusammenhang der Thrombose mit der inneren Sekretion, sei es der Ovarien oder einer anderen innersekretorischen Drüse, liegen bis jetzt keine Anhaltspunkte vor. Frankenstein-Cöln.

Müller von Kirchenheim, Th. (Aburi, Westafrika), **Erfahrungen mit Chinin in der Geburtshilfe.** (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 582.)

Verfasser berichtet über günstige Erfahrungen mit Chinin; es gelang ihm in zwei Fällen durch Chinin Wehen hervorzurufen. Ref. möchte darauf aufmerksam machen, daß wir diese Wirkung des Chinins seit der Empfehlung durch Schatz schon lange Zeit kennen, heutzutage ist an die



Stelle des Chinins das viel wirksamere Pituitrin getreten. Interessant ist aus den beiden Geburtsgeschichten die Tatsache, daß eine Negerin 40 Stunden nach der Geburt des ersten Zwillings zu Fuß ins Krankenhaus kam, dort den zweiten Zwilling gebar und am nächsten Tage gesund zu Fuß wieder das Haus verließ. Frankenstein-Cöln.

Davis, Asa B., Cesarean Section. A Study based on 104 Operations perf. by the Writer. (Bullet. of the Lying-in Hosp. of the City of Newyork 1912, Bd. VIII, p. 1.)

Aus der Mitteilung seien nur einige bemerkenswerte Punkte hervorgehoben. Im allgemeinen soll man den Kaiserschnitt erst nach Beginn der Geburt machen, dann aber auch sofort, um sicher ein reifes Kind zu bekommen. Die Weite des Zervikalkanals spiele durchaus keine Rolle, denn soweit, daß ein Abfluß der Lochien ermöglicht ist, sei er selbst in der Schwangerschaft. — D. eröffnet seit einer Reihe von Jahren den Leib durch einen 6—10 cm langen medianen Schnitt oberhalb des Nabels. Einlegen einer die Därme zurückhaltenden Kompresse über den Fundus. Ein Assistent dreht nun den Uterus von außen genau in die Medianstellung und hält ihn nach oben gedrängt. Nunmehr wird mit dem Messer vorsichtig der Uterus vom Fundus abwärts inzidiert, ohne die Eihäute zu verletzen. Der Uterusschnitt soll etwas länger sein als der Bauchschnitt. Zunächst sollen dann die Eihäute von der Uteruswand abgelöst werden, da deren Ablösung nach Extraktion des Kindes oft Schwierigkeiten mache. Trifft der Schnitt auf die Plazenta, so soll sie mit der Hand umgangen oder, wenn dies nicht geht, durchbohrt werden. Nach der Extraktion von Kind, Plazenta und Eihäuten hakt der Assistent mit je zwei Fingern der linken und rechten Hand in den oberen und unteren Uteruswundwinkeln ein und an diesen Winkeln werden die beiden ersten Nähte gelegt, die nunmehr als Zügel dienen. Die weitere Naht besteht aus 3—10 Knopfnähten, die Muskulatur und Peritonealüberzug exkl. Schleimhaut fassen. Darüber legt D. noch eine seroseröse Decknaht. Als Material dient Chromkatgut. Die Bauchwunde wird in Etagen genäht. — D. ist mit der beschriebenen Methode sehr zufrieden (5 % Mortalität, keine Morbidität), wenn sie auch dem Ungeübten nicht zu empfehlen sei. Wesentlich ist dabei das, daß die genähte Uteruswunde nicht mit der Bauchdeckenwunde in Berührung kommt und daß so die Bildung von gegenseitigen Verwachsungen nach Möglichkeit vermieden wird. Atonische Blutungen hat D. nicht erlebt, es wurde stets zu Beginn der Operation Ergotin verabreicht.

k. Klien-Leipzig.

Flesch, Max (Frankfurt a. M.), **Vorfall der Fimbria in die Wundnarbe nach vaginaler Totalexstirpation der Gebärmutter.** (Münchner med. Wochenschrift 1912, p. 365.)

Bei einer 45 jährigen Frau, welcher die Gebärmutter wegen profuser Menstruation entfernt worden war, kam es zu nächtlichen Urinentleerungen angeblich aus der Vagina. Die Untersuchung ergab in der vaginalen Narbe einen Granulationsknopf, der sich nach mühseligen Untersuchungen als Fimbrienende herausstellte. Als Ursache für den Urinabgang wurde eine Ureterfistel angenommen, die mit der Tube in Verbindung stehen sollte. Deshalb Laparotomie. Es zeigte sich, daß diese Verbindung nicht bestand, sondern daß lediglich das Fimbrienende prolabiert war, die nächtliche Urinabsonderung muß auf natürlichem Wege vor sich gegangen sein. Ref. hätte in diesem Falle gewünscht, daß die Hysterie der Patientin stärker betont worden wäre. Daraus allein läßt sich die falsche Auffassung der Erscheinungen erklären. Andrerseits ist es nicht angängig aus einem derartigen Falle Schlüsse auf die Brauchbarkeit der vaginalen Operationsmethoden zu ziehen. Frankenstein-Cöln.

v. Graff, Erwin und **v. Zubtzycki, Januarius** (Wien), **Die Kobragiftpferdebluthämolyse in der Schwangerschaft und bei Karzinom.** (Münchner mediz. Wochenschr. 1912, p. 574.)

Die Verfasser, welche schon über das gleiche Thema gearbeitet haben, berichten über neue Versuche zur diagnostischen Bedeutung der Kobragift-



pferdebluthämolyse. Auch diese sind vollständig fehlgeschlagen. Allerdings aktivieren Karzinomsera diese Hämolyse in über 70 % der Fälle, Normalsera und Sera anderweitig Erkrankter nur in etwa 10 %, aber die Reaktion ist für Karzinom diagnostisch nicht verwertbar, weil auch die operierten, jahrelang rezidivfreien Fälle stark aktivieren. Die Reaktion tritt also auch bei den Fällen auf, welche früher an malignen Tumoren gelitten haben, außerdem wird man noch Fälle finden, die niemals an malignen Tumoren gelitten haben und doch reagieren.

Ebensowenig ist die Reaktion für die Schwangerschaftsdiagnose verwertbar, da sie mit Sicherheit erst vom Beginn des 4. Monats ab zu beobachten ist, also zu einer Zeit, in der wir derartige schwierige Hilfsmittel nicht mehr brauchen. Auch hier hält die Reaktion ziemlich lange, d. h. bis etwa 3 Wochen post partum an. Frankenstein-Cöln.

Heinrichsdorff, P. (Breslau), **Eklampsieleber unter dem Bilde der Muskatnußleber bei Fehlen aller klinischen Symptome.** (Ztrbl. f. Gyn. 1912, No. 4.)

Mitteilung eines solchen (sehr seltenen) Falles.

M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Zoeppritz, B. Göttingen), **Die Behandlung der Eklampsie nach Stroganoff.** (**Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 409.**)

Z. teilt seine Erfahrungen mit, welche er mit der konservativen Eklampsiebehandlung genau nach dem Schema von Stroganoff gemacht hat. Seine Erfolge waren sehr gute; wir müssen dem Autor recht geben, daß es sehr schade ist, daß nicht schon längere Versuchsreihen vorliegen, um ein abschließendes Urteil über die konservative Behandlung der Eklampsie fällen zu können. Dabei ist nicht zu vergessen, daß diese Methode keineswegs ein Novum darstellt. Sie war schon vor der operativen Ära, besonders durch die Empfehlung von Veit in Gebrauch. Es scheint, daß die Resultate bei richtiger Durchführung denen der Schnellentbindung ebenbürtig waren. Ferner ist zu bedenken, daß die konservative Methode sich für den praktischen Arzt eignet, die operative dagegen nicht. Besonderes Interesse verdient die Erklärung, die Z. für die Wirkung der Narkotika bei der Eklampsie gibt. Nach seiner Auffassung handelt es sich bei der Eklampsie um einen anaphylaktischen Zustand. Er erinnert an die Versuche von Besredka, der zeigen konnte, daß bei Tieren, welche vor der Injektion der zweiten tödlichen Dosis tief narkotisiert wurden, der anaphylaktische Shock spurlos vorüberging. Hierbei waren Chloralhydrat und die Allgemeinnarkose am wirksamsten, während Morphium und Opium versagten. Faßt man also die Eklampsie als einen anaphylaktischen Zustand auf, so wird der Erfolg der konservativen Therapie erklärlich. Durch diese Auffassung wird auch die Tatsache begreiflich, daß die einmal abgeheilte Schwangerschaftseklampsie bei der Entbindung nicht wieder zum Ausbruch kommt. Frankenstein-Cöln.

Hauswaldt, H. (Freiburg), **Zur Frage der Entstehung des Corpus haemorrhagicum.** (**Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 35, p. 35.**)

Es ist heutzutage nicht gerade häufig, daß man in der Literatur eine Arbeit findet, die sich lediglich mit physiologischen Fragen beschäftigt. Die vorliegende Arbeit gibt einen lesenswerten Beitrag von großer Bedeutung wieder und verdient deshalb besondere Beachtung. H. untersuchte 42 operativ entfernte Ovarien, um die Entstehung der Corpora haemorrhagica zu studieren. Er meint, daß das Corpus haemorrhagicum erst sekundär entstehe, also erst nach Bildung des Corpus luteum. Die Blutung in die Corpus-luteum-Höhle kommt entweder aus dem die Granulosazellen vaskularisierenden Kapillarnetz, oder entsteht durch äußere Einwirkungen (Untersuchung, Operation usw.) oder durch die folgenden Menstruationszustände. Letztere Entstehungsart ist durch die mikroskopische Untersuchung am wahrscheinlichsten. Frankenstein-Cöln.

Seitz, L., Hyperemesis als Schwangerschaftsintoxikation. (**Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 15.**)

Die Auffassung, daß es sich beim Schwangerschaftserbrechen um reflek-



torische Vorgänge handelt, erklärt die Affektion ebensowenig wie die, daß das Erbrechen rein psychogen sein soll. Wie andere Autoren, fand auch Verfasser bei der Autopsie eines zu Grunde gegangenen Falles von Hyperemesis schwere parenchymatöse Veränderungen (ähnlich wie bei Phosphorvergiftung) in der Leber, in zweiter Linie auch in der Niere, Veränderungen, die nur durch Toxinwirkung entstanden sein können. Sie gleichen denen bei der akuten gelben Leberatrophie (von der ein relativ großer Prozentsatz Frauen in der Gravidität betrifft), sowie bei der Eklampsie.
M. Kaufmann.

v. Neugebauer, Fr. (Warschau), **Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate.** (Zentralbl. f. Gyn. 1912, No. 4.)

Der bekannte Autor lenkt angesichts der großen Verbreitung des kriminellen Aborts die Aufmerksamkeit auf das im Titel gekennzeichnete Thema und zitiert 15 einschlägige Fälle und deren üble Folgen aus der Literatur; auch die Frage: „Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina“ bei Extrauterinschwangerschaft ist bisher in der Literatur so gut wie gar nichts erörtert. M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Davidsohn, Georg (Charlottenburg), **Über gleichzeitige Schwangerschaft in beiden Eileitern.** (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 145.)

D. beschreibt in extenso einen hierhergehörigen Fall, der makroskopisch und mikroskopisch sichergestellt ist. Es handelte sich um einen Tubarabort links und eine Tubenruptur rechts. Die Frau wurde in fieberhaftem Zustande operiert und erlag am 9. Tage einer progredienten Peritonitis. Derartige sichere Fälle sind nicht übermäßig häufig, nach D.'s Berechnung ist sein Fall der elfte. Frankenstein-Cöln.

Thorn, W. (Magdeburg), **Zur Therapie retinierter Eiteile.** (Frauenarzt 1912, No. 3.)

Nach eingehender Besprechung des derzeitigen Standes dieser aktuellen Frage gelangt Thorn an der Hand seines reichen Materials zu folgendem Schluß: Bei der Befürwortung der sofortigen Ausräumung in jedem Fall und um jeden Preis will ich wie beim septischen Abort als Einschränkung gelten lassen, daß man bei fehlender oder unbedeutender Blutung und der Möglichkeit strikter Überwachung auf kurze Zeit, höchstens drei Tage, eine Besserung der Jauchung usw. durch antiseptische Maßnahmen, Ausspülungen, Ätzungen usw. anstreben darf. Im übrigen aber sollen wir dem bewährten Grundsatz, daß retinierte Eiteile in jedem Fall, in jeder Zeit des Puerperiums, ganz einerlei ob Fieber oder Blutung bestehen oder nicht, so früh wie möglich unter allen Kautelen, prinzipiell digital ausgeräumt werden müssen, treu bleiben, in der Klinik wie in der Praxis, solange uns nicht die Bakteriologie sichere und brauchbare Weisungen zur Erzielung besserer Resultate gegeben hat und das hat sie bis heute nicht getan.
Esch.

Jaeger, Franz (Erlangen), **Hypophysenextrakt als Wehenmittel.** (Münchn. med. Wochenschr. 1912, p. 297.)

J. berichtet über die Erfahrungen, welche an der Erlanger Frauenklinik mit dem Präparat von Burrougs, Wellcome u. Co. (Valparole) an 35 Fällen gemacht worden sind. Die Versuche ergaben keinen Versager, was Ref. der Güte des Präparates zuschreiben möchte, im Gegensatz zu den anderen Hypophysenpräparaten. J. fand, daß es in der Eröffnungsperiode am besten wirkt, wenn der Muttermund bei Erstgebärenden ungefähr kleinhandtellergroß, bei Mehrgebärenden für zwei Finger durchgängig ist. Solange noch keine Wehen vorhanden sind, ist die Wirkung nur kurzdauernd und unzulänglich. In der Austreibungsperiode läßt sich in vielen Fällen durch das Mittel der Forzeps vermeiden. Seine Anwendung ist daher angezeigt bei sekundärer Wehenschwäche, bei schlechten Wehen infolge starker Ausdehnung der Gebärmutter durch Hydramnion oder Gemini, bei Fieber. Die Erfolge des Mittels in der Nachgeburtsperiode sind nicht besonders ermutigend, jedenfalls sind die Sekalepräparate ihm hier vorzuziehen.
Frankenstein-Cöln.

Genter, Pituitrin bei schwachen Wehen. (Wratschebnaja Gaseta 1911. 50, S. 1627.)

Die durch Pituitrin herbeigeführten Uteruskontraktionen sind rhythmisch und werden von Intervallen vollständiger Ruhe abgelöst. Die Wirkung tritt bereits nach wenigen Minuten ein, erreicht bald ihr Maximum um nach 1—2 Stunden wieder abzunehmen. In der Nachgeburtsperiode scheint es dem Entstehen von Atonien vorzubeugen. Eine schädliche Wirkung auf die Gebärende bezw. auf die Frucht hat G. auch bei Anwendung größerer Dosen nicht beobachtet. Kontraindiziert ist das Pituitrin bei größeren Hindernissen seitens des knöchernen Beckens und bei drohender Uterusruptur, ferner aber bei Myokarditis, Arteriosklerose und Nephritis.

Schleß-Marienbad.

v. Herff, Otto und Hell, Louis (Basel), Sekakornin oder Pituitrin unter der Geburt? (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 132.)

Die beiden Autoren berichten über Versuche, welche sie mit kleinen Sekakornindosen zur Verstärkung der Wehen bei schwerer Wehenschwäche gemacht haben. Sie verfügen über 100 Fälle, von denen 63 auf die Eröffnungszeit und 37 auf die Austreibungszeit entfallen. Sie hatten dabei nur zwei Versager zu verzeichnen, nur viermal wurde eine zu schwache Wirkung erzielt, d. h. in etwa 5—6 % hat man insgesamt mit Versagern zu rechnen. Bei diesen Versuchen wurde jedesmal 0,25 Sekakornin injiziert und die Dosis nötigenfalls wiederholt. In keinem Falle hat Mutter oder Kind irgend einen Schaden erlitten. Diese Untersuchungen wurden sozusagen unterbrochen durch die Einführung des Pituitrin in den geburtshilflichen Arzneischatz. Es lag nahe, die Wirkungsweise beider Präparate zu vergleichen. Es fand sich, daß die Wirkung im ganzen die gleiche ist, nur zeigte sich die Überlegenheit des Sekakornin darin, daß die bei Pituitrin mehrfach beobachteten Atonien in der Nachgeburtsperiode beim Sekakornin vollkommen fehlten. Während das erste Präparat häufig einen Wehensturm hervorruft, wirkt das Sekakornin allmählich, hält aber dafür länger an. Endlich darf nicht vergessen werden, daß das Sekakornin wesentlich billiger ist, als der Hypophysenextrakt. Vielleicht ist es auch unschädlicher.

Frankenstein-Cöln.

Jaschke, Rud. (Greifswald), **Neue Erfahrungen in der Technik der Ernährung sowie zur Physiologie und Pflege der Neugeborenen.** (Monatsschr. für Geb. u. Gyn., Bd. 35, p. 60.)

Der auf dem Gebiete der Neugeborenenpflege in der Literatur wohlbekannte Autor betont in der vorliegenden Arbeit verschiedene Kleinigkeiten, welche sich ihm an dem Greifswalder Materiale gut bewährt haben. Er betont zunächst die Asepsis in der Säuglingspflege, also besonders Reinigung der Hände von Mutter und Pflegerin. Bewahrung des Kindes vor Verunreinigung mit den eigenen Darmkeimen, am besten ist Trennung des Wartepersonals für Kinder und Mütter. Brustkinder werden nur alle 4 Stunden angelegt, mit 6—8 stündiger Nachtpause. Bei Hypogalaktie darf nicht häufiger angelegt werden, dagegen ist hier auf vollständige Entleerung der Brust zu sehen, event. mittels Milchpumpe. Für das Gedeihen des Kindes ist eine wenn auch langsame aber regelmäßige Zunahme ein sichereres Zeichen, als die möglichst rasche Erreichung des Anfangsgewichtes. Das erste Anlegen des Kindes erfolgt 2—8 Stunden p. part. Bezüglich des Abnabelns bevorzugt J. die zweizeitige Methode unter Heranziehung von Bolus alba. Für die Blennorrhoeprophylaxe erscheint ihm Sophol am besten.

Frankenstein-Cöln.

Psychiatrie und Neurologie.

Winslow, Partielle Thyreoidektomie bei Dementia praecox. (Klinisch-therap. Wochenschr. 1911, Nr. 9.)

Schlußfolgerungen:

1. Es besteht zweifellos irgend ein Zusammenhang zwischen der Schilddrüse und der eigentümlichen, Katatonie genannten Affektion.



2. Partielle Thyreoidektomie übt in frühen Stadien eine günstige und manchmal eine Heilwirkung auf dieses Leiden aus.

3. In späteren Stadien von Katatonie und bei anderen Formen der Dementia praecox erzielt eine teilweise Exstirpation der Schilddrüse keinerlei günstige Resultate.

4. Die Operation ist mit den gewöhnlichen Gefahren der Thyreoidektomie verbunden und ist mit ebensolcher Sorgfalt auszuführen wie beim Morbus Basedowii, besonders in Hinsicht auf die freie Drainage.

K. Boas-Straßburg i. E.

Frink, H. W., Report on a case of psychogenetic convulsions, simulating epilepsy, with hallucinations and obsessions. Traited by suggestion. (New York med. Journ. 1911. April 22.th.)

Es handelte sich um eine 23 jährige Frau mit petit mal Anfällen von ihrem zweiten bis vierten Jahr in der Anamnese. Von da ab bis zum 23. Jahre hatte Patientin monatlich vier bis zwanzig grand mal Anfälle mit Halluzinationen und impulsiven Ideen. Die Suggestionsbehandlung brachte eine sofortige und fast vollständige Heilung für einen Zeitraum von elf Monaten.

K. Boas-Straßburg i. E.

Weber, Heinrich (Primkenau), Zur Kenntnis der Katatonie jenseits des 30. Jahres. (Wiener klin. Rundschau 1912, No. 7—11.)

Unter den psychiatrischen Diagnosen erfreut sich die Bezeichnung „Dementia praecox" einer steigenden Beliebtheit. Daß der Begriff „praecox" das Einsetzen der Geistesstörung in frühem Alter andeutet, ist den Autoren längst abhanden gekommen, und auch Kraepelin, der einst diesen Namen erfand, um das Jugendirresein zu treffen, erkennt heute Spätformen des Leidens an. So hat sich denn die unglückliche Mode eingebürgert, jede psychische Krankheit, die in Verblödung überzugehen droht, als Dementia praecox zu bezeichnen. — Während nun manche Autoren den Standpunkt vertreten, daß diese Psychose ausnahmslos ein Leiden der Pubertätszeit bilde, werden auf der anderen Seite immer mehr Fälle von Spätkatatonien veröffentlicht, um zu zeigen, daß das Lebensalter keine spezifische Rolle spiele. — Der Verfasser beschreibt neun Fälle von solchen Katatonien, sieben Frauen und zwei Männer. Die Psychose setzte siebenmal zwischen dem 30. und 40., einmal im 50. und einmal im 58. Lebensjahre ein.

Der Schluß, der aus diesen Beobachtungen unter Berücksichtigung des zahlreichen von anderer Seite veröffentlichten Materials gezogen wird, lautet: Die Katatonie kann in jedem Lebensalter einsetzen, ohne daß die Spätformen prinzipielle Unterschiede von den Erkrankungen in der Pubertät zeigen. Die Prognose der später beginnenden Katatonie scheint ungünstiger zu sein als die der Entwicklungspsychose.

Steyerthal-Kleinen.

Näcke, P. (Hubertusburg), Über Fieberphantasmen im Wachen. (Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd 8. H. 4.)

Im Verlauf einer Bronchopneumonie beobachtete N. an sich abends im dunklen Zimmer bei geschlossenen Augen und klarem Bewußtsein helle Flecke auf dunklem Hintergrund, welche sich bei Anspannung der Aufmerksamkeit auf dieselben in flache wie Zeichnungen aussehende Bilder verwandelten und ständig weiterzogen. Nur diese Ausgestaltung der gegebenen Materie und eine gewisse Fixierung ist durch Wille und Wunsch beeinflußbar, es ist aber nicht möglich, ein bestimmtes Bild zu erzwingen oder abzuändern. Den Übergang zum normalen Traum bilden die hypnagogen Halluzinationen, bei denen es sich wohl mehr um entoptische Phänomene höchstens Illusionen als um Halluzinationen handelt. Für die geschilderten Phantasmen, von denen N. einige ausführlicher wiedergibt, ist eine erhöhte Empfindlichkeit der Netzhaut, erhöhte Reizbarkeit der optischen Sinnessphäre und erhöhte Phantasie mit schnellerem Assoziationsablauf verantwortlich zu machen.

Zweig-Dalldorf.

Hennes, H. (Bonn), Über krankhafte Ermüdung im Kindesalter, ein Beitrag zur Prophylaxe der Geisteskrankheiten. (Ztschr. f. d. ges. Neur. und Psych. Bd. 8. H. 3.)

H. bringt die Krankengeschichte eines zur Gruppe der Psychopathen zu rechnenden, in dem unter seiner ärztlichen Leitung stehenden Heilpädagogium und Jugendsanatorium beobachteten erblich belasteten Kindes, welches schon vor der Schulzeit auf körperliche und geistige Anstrengungen hin abnorm leicht ermüdete und dann in gemütlicher und physischer Hinsicht abnorm reagierte. Zu dieser in der Schule noch mehr hervortretenden Unfähigkeit bei guter Auffassung und Retention des im Schulstundenbeginn Gebotenen (also keine Imbezillität) dem Unterricht zu folgen, kam eine die Sachlage erschwerende übertriebene Gewissenhaftigkeit und starker Ehrgeiz. Solche Kinder eignen sich nicht für die Normalschule, auch nicht für den leicht überanstrengenden Einzelunterricht, sondern müssen in kleinen Klassen (höchstens 10 Kinder) von Lehrern unterrichtet werden, welche mit den betreffenden Individualitäten vertraut sind und die sich einstellende Ermüdung an den ersten Zeichen merken. Tritt hierzu eine heilpädagogische Erziehung, die ebenso wie eine zweckmäßige unterrichtliche Behandlung eine Vorschule für das wirkliche Leben darstellt durch Einschränkung des Unterrichtsstoffes in der Richtung des praktisch unwichtigen und durch den Zwang aus dem Reich der bei diesen Kindern oft lebhaften Phantasien herauszusteigen und sich der Umgebung einzufügen, so wird sich vielleicht die Verhütung geistigen Siechtums und Unterliegens im Leben in manchen Fällen verhüten lassen. Zweig-Dalldorf.

Schneickert (Berlin), Zur Psychologie der Erpresserbriefe. (Zeitschr. für Psychotherapie und med. Psychologie 1912, Bd. IV, H. 1.)

Verfasser, der dem betreffenden Dezernat im Königl. Polizeipräsidium in Berlin vorsteht, bringt aus seiner reichen Erfahrung wertvolle psychologische Beiträge zum Erpressertum. Das Erpressertum steht, wie Verfasser graphisch ausführt, in Beziehung zu den Eigentums- und Sittlichkeitsverbrechen. Zu letzteren gehören namentlich die päderastischen Erpresser. Verfasser verbreitet sich in interessanten, im einzelnen nicht wiederzugebenden Darlegungen über die Erpressertechnik und den Inhalt der Erpresserbriefe. Im ganzen werden 32 derartige Schriftstücke in längeren oder kürzeren Auszügen mitgeteilt. Besonderes Interesse bieten die Briefe der bombenlegenden Erpresser. Am Schluß verbreitet sich Verfasser noch über die Bekämpfung des Erpressertumes.

Ref. vermißt an den Ausführungen des Verfassers ein tieferes Eingehen auf den psychologischen Inhalt dieser documents humains, da Verfasser sich lediglich mit deren Mitteilung begnügt. Immerhin dürfte die Arbeit des Verfassers auch so, wie sie sich uns präsentiert, für den forensischen Psychiater, der in diesen Dingen vor Gericht noch viel zu wenig gehört wird, von Interesse sein. K. Boas-Straßburg i. E.

Söderbergh, G. (Palun, Schweden), Über Babinski's „l'inversion du réflexe du radius". (Neur. Ctbl. 1912, H. 8.)

Das obige Symptom besteht darin, daß nach der Perkussion des unteren Radiusendes nur die Finger sich beugen, während die Flexion im Ellbogengelenk nicht wie normalerweise auftritt. Nach B a b i n s k i erlaubt das Symptom eine Läsion des Zervikalmarks zu diagnostizieren und zwar hauptsächlich des 5. Zervikalsegments. Der vom Verf. beobachtete und operierte extramedulläre Rückenmarkstumor bot ebenfalls das Symptom, die Schädigung des Radiusreflexes war hier nicht durch direktes Ergriffensein des 5. Segments erfolgt, sondern durch Wurzelschädigung infolge von Liquorstauung unterhalb der nur bis an den 3. Zervikalbogen reichenden Geschwulst. Die Inversion des Radiusreflexes zeigt also eine Läsion der Wurzeln dieses Reflexes an. Zweig-Dalldorf.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.



30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.
Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 30. Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. 25. Juli.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Über den Stoffwechsel des Geisteskranken.

Von Dr. **W. Geissler**, Mitglied der Königlichen bakt. Anstalt zur Bekämpfung des Typhus, Trier, zuletzt Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik der Cölner Akademie für prakt. Medizin (Prof. Aschaffenburg).

(II. Teil. Fortsetzung und Schluß.)

Die Angstpsychosen.

Wie schon die allgemein geübte Einteilung der Melancholie in gewisse nach Affekt- oder Motilitätszuständen usw. näher charakterisierte Varianten besagt, ist die Angst kein integrierender Bestandteil der Melancholie. Nicht alle Melancholiker haben Angstzustände.

Es kann die Angst bei den ätiologisch verschiedensten Grundkrankheiten episodisch auftreten oder in einem längeren Stadium dominieren. Völlig selbständig jedoch bildet diese Affektstörung das Kardinalsymptom der von Alzheimer, Wernicke u. a. beschriebenen Angstpsychosen.

Um so mehr glaube ich diese Affektstörung herausschälen zu dürfen und ihr eine gewisse Selbständigkeit zu geben, als sie die Grundlage weiterer psychischer Störungen sowohl des Vorstellungsinhaltes wie des Handelns darstellt. Hört die Angst auf, verschwindet auch die Psychose.

Als ein höchst bedeutsames Forschungsergebnis darf das Koinzidieren von Angst und Glykosurie bezeichnet werden.

Knauer und Schultze haben in ihrer mehrfach erwähnten Arbeit auf das Vorkommen von Zucker bei Geisteskrankheiten der verschiedensten Aetiologie hingewiesen, ein Befund, der von Tintemann, Kauffmann, Rhode u. a. bestätigt wurde. Die erstgenannten Forscher konnten ferner den Nachweis führen, dass es sich nicht um eine Komplikation von Diabetes mit einer der verschiedenen Psychosen handelte.

Diese Zuckerausscheidung wird vielmehr als ein völlig selbständiges Vorkommen betont, bei dem es auffiel, dass ein zweifelloser Parallelismus zwischen der Angst und der Glykosurie bestand. Bezüglich der Zuckerausscheidungen bei der Paralyse sagt Kauffmann geradezu,



dass von den Paralysen gerade die Frauen am meisten Zucker ausscheiden, weil bei ihnen Angstzustände häufiger als bei Männern auftreten.

Bei der Epilepsie habe ich nach eigenen Beobachtungen, ebenso wie bei einem Fall von akuter halluzinatorischer Paranoia und einer pem. senilis Zucker im Urin auftreten sehen, der nach Aufhören der Angstzustände, mit deren Beginn er auftrat, sistierte.

Ueber andere ähnliche Beobachtungen habe ich beim Kapitel Paralyse berichtet. Wenn wir van Noordens Beobachtungen über Angstglykosurie und Naunyns Wahrnehmungen über das häufige Vorkommen alimentärer und echter Glykosurie bei traumatischen Neurosen, deren hervorstechendes Charakteristikum eine gewisse ängstliche Erregbarkeit ist, rekapitulieren, so müssen wir in Ansehung der vorliegenden Tatsachen bekennen, dass der Angstaffekt imstande ist, allein den Stoffwechsel im Sinne einer Zuckerausscheidung im Harn ohne diabetischen Charakter zu beeinflussen.

Die Frage, ob die Angst oder die Stoffwechselstörung das Primäre darstellt, müssen wir vorläufig unbeantwortet lassen, so lange wir über das Zustandekommen des Affektes sowie über die von diesem ausgelösten chemischen Umsetzungen (cfr. die nervöse Phosphaturie) noch nicht lückenlos im klaren sind und wir nicht auch Affekte durch chemische Schädlichkeiten bei Mensch und Tier im Experiment auslösen können.

Die Glykosurie bei Deliranten und bei organischen Hirnerkrankungen lassen wir an dieser Stelle unberührt, da hier als ätiologisches Moment die Grundursachen der Psychosen anzuschuldigen sind (Alkohol, Lues, Arteriosklerose u. a.).

Ueberblicken wir das Resultat der Stoffwechselforschung der zuletzt besprochenen Psychosen, so müssen wir bekennen, dass wir wiederum nur eine Reihe wissenschaftlich bedeutsamer Ergebnisse zu verzeichnen haben. Sie zeigen, dass der Gedanke, die Stoffwechselstörungen in engen Zusammenhang mit Vorgängen seelischen Geschehens zu bringen, kein leerer Wahn ist, ermahnen uns jedoch andererseits zu einer mehr schematisch durchgeführten Untersuchung nicht einzelner Teilerscheinungen des Stoffwechsels, sondern seiner Gesamtheit. Was wir über Manie, Depressionen, Hebephrenie, Katatonie und Angstpsychosen wissen, lässt uns zwar einen Einblick in die Beziehungen zwischen Stoff und Seele tun, hat uns aber in der Erkenntnis der Ursächlichkeit beider zueinander nicht weiter gebracht. Wir müssen daher alle die gefundenen Störungen als Folgezustände der Psychose, als etwas Sekundäres auffassen, da man für die Annahme einer primären Rolle ein gesetzmässiges Vorkommen zu Grunde legen musste. Davon kann jedoch bisher keine Rede sein.

Erschwerend kommt dazu für den Untersucher die klinische Inkongruenz in der Beurteilung psychischer Zustandsbilder und deren Einreihen nach subjektiven Gesichtspunkten.

Der Alkoholismus.

Trotz der grossen ätiologischen Bedeutung des Alkohols bei der Entstehung von Psychosen — (der Missbrauch des Alkohols führt durchschnittlich nach Kraepelin in 30—40 % aller psychisch Erkrankten zur Aufnahme in die Irrenanstalt — in der Münchner Klinik sind durchschnittlich 20—23 % aller Aufnahmen alkoholische Geistesstörungen) — und trotz der Erkenntnis seiner Schädlichkeit auf die



dem Stoffwechsel dienenden Organe, ist die Zahl der beim Alkoholismus angestellten Stoffwechseluntersuchungen gering.

Dies mag wohl auch zum grossen Teil seinen Grund in der Schwierigkeit haben, an Trinkern, speziell Deliranten, Stoffwechseluntersuchungen vornehmen zu können.

Von physiologischen Untersuchungen sind vor allem die Arbeiten von J. Pringsheim [75]) und die dänischer Forscher zu nennen.

Pringsheim fand, dass der an Alkohol gewöhnte Organismus, also der chronischen Trinker, weitaus grössere Mengen des Giftes in derselben Zeit zu verbrennen mag, als der Abstinent.

Die Arbeiten dänischer und schwedischer Forscher haben namentlich die Alteration der Blutkörperchen durch den Alkohol, auch selbst nach geringen Mengen und vorübergehend genossen, betont.

Aus der klinischen Pathologie der Alkoholpsychosen haben einige wenige Forscher Studien über die akuten und chronischen Intoxikationen gemacht und vor allem über das Delirium tremens.

Die Untersuchungen betreffen jedoch nur den Kohlehydratstoffwechsel und allgemeine Erhebungen über Albuminurie.

Es sei gestattet, kurz darauf hinzuweisen, dass schon vor Jahren Arndt [76]), v. Sauvage, Kretschmer, Moritz, Strümpell, Krehl, Reuter u. a. auf das Vorkommen von Zucker nach Biergenuss, namentlich bei Gewohnheitstrinkern, bei schlechten Verdauungszuständen und nach dem schnellen Genuss grösserer Quanta, aufmerksam gemacht wurde.

Es ist mithin das Auftreten von Zucker im Harn im Sinne einer alimentären Glykosurie, nach dem einmaligen oder habituellen Genuss alkoholischer Getränke durch die Befunde dieser Forscher als indiskutabel erwiesen anzusehen.

Die Untersuchungen über die Glykosurie bei Alkoholdeliranten sind jedoch erst jüngeren Datums.

Strauss [77]) beobachtete an einer grösseren Zahl Deliranten ca. $^4/_5$ mit herabgesetzter Assimilationsgrenze für Traubenzucker, die Hälfte hatten eine spontane, ein Viertel eine alimentäre Glykosurie.

Das Vorkommen von Traubenzucker im Urin von Alkoholdeliranten war schon vorher von Bumm [78]) und De Wolf [79]) konstatiert worden. Ausführlicher bestätigt wurde es von Jacksch, Laudenheimer [80]), Strauss [81]), Reimann [82]), Kauffmann (l. c.) und Arndt [83]), Hasche-Klünder [84]), Döllken [85]), Wassermeyer [86]) u. a.

Die Angaben der Autoren widersprechen sich hinsichtlich des Auftretens und Verschwindens der Glykosurie in gewisser Weise.

Arndt konnte in seiner ersten Publikation einen Einfluss des Stadiums, in dem der Delirant sich befand, auf die alimentäre sowohl wie auf die spontane Glykosurie nicht wahrnehmen. Laudenheimer sah den Zucker erst mehrere Tage nach Ausbruch der Psychose auftreten, um spätestens einen Tag nach dem kritischen Abfall des Delirs wieder zu verschwinden. Alimentäre Glykosurie konnte auch Laudenheimer bei mehr als 50 % seiner Deliranten (nach Darreichung von 120—150 g Traubenzucker) erreichen, eine Disposition, die schon spätestens am zweiten Tage nach dem kritischen Schlaf nicht mehr nachzuweisen war.

Nach Reimanns exakten Untersuchungen, die nicht schematisch nach einer Darreichung von 100 oder 120 g Traubenzucker das



Auftreten von Zucker bestimmten, sondern für Zucker die Assimilationsgrenze für jeden Kranken, d. h. diejenige kleinste Menge Dextrose, die in den Körper eingeführt, im darauf entleerten Harn Zucker nur in minimalen (dem Blutzucker entsprechenden Werten) auftreten liess, ergab sich, dass die Assimilationsgrenze ihren tiefsten Stand unmittelbar nach der Krise des Delirs erreichte, von da ab stieg sie in wenig Tagen zu hohen Werten an, d. h. nach der Krise konnten grössere Mengen Dextrose assimiliert werden, ohne sofort in den Harn überzugehen (ca. 10 % zeigten noch nach dem Delir spontane Glykosurie, bei weiteren 10 % konnte der Zucker nur in Spuren nachgewiesen werden.)

Raimann will beobachtet haben, dass die Assimilationsgrenze um so tiefer erniedrigt wurde, je schwerer die Intoxikation war. Die Fälle, in denen keine Glykosurie statt hatte, waren nach ihm durchweg leichter Art.

Interessant sind Raimanns Beobachtungen über stündliche Schwankungen der Assimilationsgrenze im Delir.

Seine Versuche an nicht delirierenden oder sonst geisteskranken Trinkern ergaben, dass die Herabsetzung der Assimilationsgrenze, die sich gelegentlich finden liess, sich sofort auszugleichen pflege, sobald die Abstinenz begönne.

Arndts letzte Untersuchungen an einem grossen Material von fast 200 Alkoholisten führten zu folgenden Ergebnissen:

Von 99 Deliranten zeigten 30, also ca. 30 %, spontane Glykosurie.

Von 26 Kranken mit Abortivdelirium war bei 15,4 % Zucker im Urin. Von 69 frisch aufgenommenen, nicht deliranten Trinkern hatten 30,4 % Zucker im Urin.

Während Raimann nur eine postdeliröse spontane Glykosurie beobachtete, konnte Arndt die spontane Zuckerausscheidung bereits sowohl während des Deliriums selbst wahrnehmen, als auch am Ende und nach der Krisis. Die Zahl der Fälle mit intradeliröser spontaner Glykosurie überwiegen jedoch an Zahl.

In Uebereinstimmung mit Raimann weist Arndt jedoch quantitativ nach, dass das Maximum der Zuckerausscheidung, also der tiefste Stand der Assimilationsgrenze, bei der spontanen Glykosurie der Deliranten nach der Krise gelegen ist.

Nach seiner Auffassung kann also die Glykosurie postdelirös auftreten, muss es aber nicht, da nach seiner Statistik bereits 66 % der Fälle antekritisch Zucker ausschied; dass Diabetes auszuschliessen war, beweist das Sistieren der Glykosurie nach einigen Tagen — mit individuell grossen Schwankungen von 2—9 Tagen — also eine transitorische Glykosurie.

Polarimetrisch wurde bis 2 % Zucker festgestellt.

Die Abortivdelirien zeigten — wie angegeben — nur in 15 % eine spontane Zuckerausscheidung, was Raimann's Ansicht zu stützen scheint, dass die Schwere des Delirs von Einfluss auf Herabsetzung der Assimilationsgrenze ist.

Bei den Trinkern mit spontaner Glykosurie, die keine deliranten Erscheinungen boten, trat der Zucker meist in den ersten Tagen der Anstaltsaufnahme auf und verschwand meist nach wenigen Tagen. Es befanden sich unter diesen Alkoholisten auch Trinker mit einmaligen Exzessen. Diese Beobachtung, sowie eine fernere, dass ein Kranker, der bei der Einlieferung starke Glykosurie zeigte, diese jedoch bei dem



nach einigen Tagen einsetzenden Delirium verschwand, sprechen für die Annahme, dass die durch eine Alkoholschädigung (ob akut oder chronisch) gesetzte Glykosurie von der durch das Delirium hervorgerufenen ätiologisch verschieden ist.

Wenn ich ferner noch über meine in der psychiatrischen Klinik zu Cöln (Prof. Aschaffenburg) beobachteten 18 Fälle von Delirium cum tremore referieren will, so kann ich über neue Resultate nicht berichten, jedoch andererseits Raimanns und Arndts Befunde bestätigen. Ich bemerke, dass ich gleichzeitig auf das Vorkommen von Eiweiss geachtet habe (Kochprobe und Schichtprobe mit Salpetersäure) und ein Parallelgehen zwischen Albuminurie und Glykosurie nicht wahrzunehmen vermochte.

Von 18 Deliranten fand sich bei 8 spontane Glykosurie, bei 1 davon am Tage der Aufnahme, an dem das eigentliche Delirium noch nicht eingesetzt hatte; die Glykosurie verschwand in allen Fällen nach einigen Tagen.

Eine Entstehung postdelirös habe ich nicht beobachtet.

Die alimentäre Zuckerausscheidung habe ich nicht geprüft. Ich bemerke, dass ich den Nachweis der Glykosurie durch die Nylander'sche Probe führte und fiel diese positiv aus, mittels der Gärungsprobe.

Etwa im Urin durch Verabreichung von Medikamenten (Morphium) aus den Tagen vor der Einlieferung vorhandene reduzierende Substanzen (Glykuronsäure pp.) sind durch den Nachweis der Gasbildung mittels der Gärungsprobe auszuschliessen.

Kauffmann hat jedoch ausser diesen medikamentogenen reduzierenden Substanzen noch andere Glykuronsäuren im Urin der Deliranten beobachtet. Diese verschwanden nach Aufhören des Delirs.

Traubenzucker sah Kauffmann hingegen selten.

Ueberblicken wir diese im ganzen übereinstimmenden Resultate, so sind wir vor die Tatsache unzweifelhaft gestellt, dass eine Glykosurie sowohl bei chronischen Trinkern, als nach einmaligem Exzess, ebenso wie bei abortiven Delirien, als auch bei solchen schwerer Natur vorkommen.

Welche ätiologische Rolle jedoch dabei der Alkohol spielt, bleibt vorläufig noch ungeklärt. Dass individuelle Schwankungen vorliegen, bedarf keiner Betonung, denn es ist doch verwunderlich, dass immer nur ein Bruchteil aller Alkoholisten das Phänomen der Glykosurie bietet. Dass auch schon nach einmaligem Alkoholgenuss Zucker in den Harn übergehen kann, hebt Krehl in seinem Lehrbuch hervor.

Der Ansicht, dass das Delirium eine spezifisch ätiologische Ursache der Glykosurie bietet, möchte ich auch nicht das Wort reden, trotzdem die Häufigkeit der Beteiligung des Deliriums an der Glykosurie und die Tatsache feststeht, dass erst im oder am Ende des Deliriums der Zucker, der vorher und später nicht nachzuweisen ist, auftritt und mit Abklingen des Delirs nachlässt und aufhört.

Meines Erachtens stellt die Glykosurie eine Störung der Assimilationsfähigkeit der Leber dar, die beim Auftreten nach einmaligen intensiven oder mehrmaligen mässigen Alkoholgenuss durch eine individuelle Ueberempfindlichkeit bedingt ist.



Die Ueberempfindlichkeit dürfte vielleicht in einer leichten Empfänglichkeit der Zucker assimilierenden Leberzellen für eine Schädigung durch das chemische Gift oder für eine indirekte neurogene Beeinflussung zu suchen sein. Oder aber die Disposition liegt in einer leichten chemischen Beeinflussbarkeit der Nierenepithelien und -Membranen im Sinne einer abnormen Durchlässigkeit entweder für den im Blute physiologisch enthaltenen Zucker (bis 0,2 %) oder für Zucker, der aus der Leber kommend für eine Verankerung an die Organzellen bestimmt ist.

Es würde also die Zuckerausscheidung bei Ueberempfindlichkeit in letzterem Falle eine toxische renale Glykosurie darstellen. Dass eine Ueberempfindlichkeit bestimmter Organe nicht von der Hand zu weisen ist, dürfte aus dem Vergleich mit der variablen Toleranz der Gehirne für Alkohol resultieren.

Beim chronischen Alkoholismus dürfte die Glykosurie die Folge einer dauernden oder zeitweiligen, durch verschiedene Faktoren bedingten, individuellen Ueberempfindlichkeit des durch den Alkohol veränderten Chemismus sein, der ebenso wie er zur fettigen Degeneration oder Cirrhose der Leber führt, auch deren Assimilationsfähigkeit für kürzere oder längere Zeit zu beeinträchtigen vermag.

Beim Delirium (auch abortiver Art) mögen dieselben Faktoren vorliegen, zumal ja das Delirium nur auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entsteht und meist das Resultat eines voraufgegangenen besonders starken Exzesses darstellt.

Inwieweit die veränderte Hirntätigkeit eine Rolle spielt, lässt sich schwer beurteilen.

Für die am Ausbruch des Deliriums einsetzende Glykosurie dürften die vorhin geschilderten Verhältnisse und Ursachen zutreffen.

Zuckerausscheidungen, die im Delirium entstehen, möchte ich in Analogie mit einer akuten fieberhaften Infektionskrankheit setzen.

Beide zeigen oft ähnliche psychische Reizsymptome, weisen Temperaturanstiege auf, Schweisssekretion, führen meist zu transitorischer Albuminurie und Glykosurie und fallen mit einer Krise ab.

Meiner Ansicht zufolge führt das Alkoholgift bei geeigneter (vorhin angeführter) Disposition namentlich des Gehirnes (daher auch der häufige Befund des Delirs bei dem epileptischen Gehirn) zu dem Ausbruch des Delirs, von dessen Entwicklungsenergie und ev. von der Bildung eines besonderen Stoffwechselproduktes es abhängt, ob das eine oder andere der geschilderten Symptome oder diese insgesamt in Erscheinung treten.

Beim Abortivdelir daher das auffallend geringe Vorkommen der Glykosurie!

Die postdelirösen Glykosurien dürften dem erwähnten supponierten, durch das Delir gebildeten Stoffwechselprodukt ihre Entstehung verdanken.

Ebenso wie die individuellen Verhältnisse bei der Glykosurie dürften sie auch bei der Albuminurie liegen.

Es besteht jedoch keine Koinzidenz von Glykosurie und Albuminurie und zweitens entsteht bei jedem Alkoholisten ebensowenig wie bei dem Deliranten Eiweiss im Urin.

Nach Wassermeyer schwankt die Häufigkeit der Albuminurie bei Delirium zwischen 16 und 76 %, Herz (bei Wassermeyer l. c.) und Dölken (l. c.) fanden sie nahezu konstant. Arndt fand 68 %,



ich habe von 18 genauer studierten Fällen in 11 Fällen das Auftreten von Eiweiss im Harn beobachtet.

Kauffmann fand bei Delirium eine gesteigerte Ausfuhr von Indikan, Allers beobachtete in einem Falle von pathologischem Rausch das Auftreten eines eigenartigen Farbstoffes im Harn, der in der Kälte auf Zusatz von Salzsäure den Harn intensiv violett färbte. Nach einigen Stunden war der Harn wieder normal.

Ein Rückblick auf das Kapitel des Alkoholismus, — auf das ich seiner chemisch-pathologischen mangelhaften Würdigung von seiten der meisten Forscher wegen besonders ausführlich eingegangen bin — zeigt uns, dass wir mit der Tatsache des gehäuften Vorkommens von transitorischer Glykosurie und Albuminurie in den verschiedensten Phasen des Alkoholismus zu rechnen und diese als den Ausdruck einer Stoffwechselanomalie, gesetzt durch die Grundursache der alkoholischen Geistesstörung, den Alkohol, zu betrachten haben.

Die genaue Aetiologie ihres Entstehens wird jedoch unerschlossen bleiben, so lange wir nicht über die Art und Weise, wie der Alkohol den Chemismus und die Organe schädigend beeinflusst, im klaren sind.

Das thyreogene Irresein.

Ueber den Zusammenhang zwischen Schilddrüsenerkrankungen und Geistesstörungen besitzen wir die ältesten und auch sichersten Beobachtungen. Schon seit langem sind die schweren seelischen Störungen nach Ausfall der Schilddrüsenfunktion bekannt.

Völliger Mangel der Schilddrüse (operative Entfernung) führt bekanntlich zur Kachexia strumipriva, die sich im wesentlichen durch progredierenden Schwachsinn mit einer eigentümlich teigigen Schwellung der Hautdecken, dem Myxödem und durch nervöse Erscheinungen (Tetanie, Krampfanfälle) charakterisiert.

Der nicht operativ bedingte Ausfall der Schilddrüse, durch Entartungsprozesse, Atrophie u. a. pflegt meist mit psychischen Depressionen und Angstzuständen sich zu verbinden.

Die kongenitale Form bezeichnet man bekanntlich mit Kretinismus.

Die Ursache dieser folgenschweren Ausfallserscheinungen liegt darin, dass die fehlende Schilddrüsensekretion gewisse schädliche Anhäufungsprodukte im Blut nicht mehr zu zerstören vermag.

Vergegenwärtigen wir uns die Wirkungsweise der Drüsen mit innerer Sekretion, so sehen wir diese in Gruppen von einander entgegengesetzter Wirkung geteilt.

Die erste Gruppe besteht aus der Schilddrüse, dem chromaffinen System, dem infundibularen Teil der Hypophyse und vielleicht auch deren anderen Lappen und den Geschlechtsdrüsen. Ihnen kommt eine den Stoffwechsel steigernde Fähigkeit zu. Felta nannte sie daher die acceleratorische Gruppe. Ihre Antagonisten sind das Pankreas, die Epithelkörperchen und wahrscheinlich die Epiphyse sowie die Nebennierenrinde.

Diese Drüsen hemmen den Stoffwechsel.

Bezüglich der einzelnen Funktionen im Gesamtstoffwechsel sei vermerkt, dass die Schilddrüse und die Nebennierenrinde den Eiweissumsatz heben, das Pankreas und die Epithelkörperchen jedoch diesen entgegenwirken.

Das Andrenalin mobilisiert nach Feltas Ansicht das Leber-



glykogen und veranlasst dessen Umwandlung in Zucker; ähnlich wirkt die Schilddrüse. Als Hemmungsdrüse wirkt in dieser Hinsicht das Pankreas.

Beim Fett-Stoffwechsel sehen wir eine Steigerung durch die Thyreoïdea und eine Hemmung durch das Pankreas.

Eine Ueberfunktion der Nebennieren (künstlich durch Adrenalininjektion hervorzurufen!) accelleriert den Harnsäurestoffwechsel im Sinne einer stärkeren Oxydation.

Der Mineralstoffwechsel wird ebenfalls von diesen Drüsen beherrscht und zwar von der Schilddrüse, dem infundibularen Teil der Hypophyse und der Parathyreoidea, der Kalkstoffwechsel, der des Natriums, Kalziums und Phosphors von den Nebennieren und dem Pankreas.

Diesen Ausführungen nach müssen wir bei Erkrankungen der Schilddrüse, die zu deren Hypofunktionen führen, auch eine Herabsetzung der Stoffwechselvorgänge erwarten. Dies stimmt mit den Untersuchungen bei Myxoedem und Kretinismus überein.

Allers[87]) zitiert die v. Bergmann'sche Arbeit, die für einen Fall infantilen Myxoedems einen Energieverbrauch in 24 Stunden von nur 365 bis höchstens 423 Kalorien gefunden hat, während der Normalwert 593 Kalorien beträgt.

Magnus Loewy hat diese Beobachtung schon früher machen können.

In neuster Zeit hat Gigon[88]) den Stoffwechsel bei Myxoedem untersucht.

Er sieht in dem Schilddrüsenmangel eine Herabsetzung des Energieumsatzes, des Eiweissumsatzes, auch wahrscheinlich des Wasser- und Salzstoffwechsels.

Eine Erniedrigung des Fettumsatzes konnte er nicht nachweisen.

Die Störung im Kohlenhydratstoffwechsel hält er für eine indirekte Wirkung des Schilddrüsenmangels (als ein Ausfall der Förderung im chromaffinen System sowie der Hemmung auf die Pankreastätigkeit.)

Dem geringen Stoffumsatz entsprechend ist auch das Nahrungsbedürfnis der Kretinen und der Myxoedematösen auffallend klein.

Zufuhr von Schilddrüsensubstanz peroral oder subkutan steigert sowohl die Eiweiss- wie die Fettzersetzung[89]), sowohl bei gesunden Menschen und Tieren. Bei dem zitierten Fall von Bergmann erhöhte sich der Grundumsatz um fast 50 %.

Die Wirkung ist nach dem genannten Autor bei Myxoedematösen ausgesprochen, beim Kretin tritt nach Scholz selbst bei grossen Dosen von Thyreoidin keine Aenderung ein. Es scheint als ob die ältesten Kretins am weitesten sich einer derartigen Beeinflussung entziehen; je jünger der Kretin war, um so mehr konnte der Autor eine Stoffwechselumsetzung beobachten.

Die Frage der Beziehung zwischen endemischem Kretinismus und dem angeschuldigten Kalkgehalt ist für wissenschaftliche Erörterung als noch nicht diskutabel abzulehnen, auch hier nicht der Ort darauf einzugehen.

Eine Ueberfunktion der Schilddrüse, die auch eine krankhaft veränderte sein kann, führt zu der Entstehung des Morbus Basedowii.

Diese Auffassung wird durch die Tatsache gestützt, dass die Exstirpation eines erheblichen Teiles der Thyreoiden die Krankheit zu bessern und dass überreiche Zufuhr von Schilddrüsensubstanz ähnliche



Besserungen zu erzielen vermag (im Sinne einer Inaktivierungsausschaltung).

Der Stoffwechsel dieser Kranken ist nach Krehl in vielen Fällen normal wenigstens in quantitativer Beziehung, bei andern wechseln Perioden eines mittleren Ernährungszustandes mit solchen starker Abmagerung — und dies letztere trotz guten Appetites der Kranken.

Es findet also eine pathologische Vermehrung des Stoffumsatzes statt, sowohl von Eiweiss wie Fett. Stryron fand, dass beim Morb. Basedow durch Zufuhr von Schilddrüsensubstanz sich die Stickstoffeinfuhr und die Gesamtausfuhr der Zersetzung nicht steigern liess.[90]) Magnus Loewy[91], [92]) sah eine Steigerung des Sauerstoffverbrauches sowohl bei vollkommener körperlicher Ruhe als auch unter gewöhnlichen Lebensverhältnissen. Meyer[93]) fand beim Morbus Basedow eine enorme Steigerung der antiproteolytischen Kraft des Serums, die er sogar für diese Krankheit als pathognomisch ansieht.

Während Meyer die Inkongruenz zwischen einer Vermehrung der antiproteolytischen Substanzen beim Basedow und einer Steigerung des Eiweissabbaus — eine Herabsetzung wäre zu erwarten! — auf eine Ueberschwemmung der Körpersäfte durch die beim gesteigerten Eiweisszerfall freiwerdenden Lipoideiweissverbindungen zurückführt, kommt Kottmann[94]) auf Grund seiner Versuche zur Ansicht, dass in der Schilddrüse Stoffe gebildet werden, die zu verstärkter Wirkung der proteolytischen Fermente führen. Diese Stoffe, die er Activatoren der Fermente nennt, sind beim Hyperthyreoidismus in vermehrter Menge vorhanden, beim Hypothyreoidismus (Myxoedem und Kretinismus) in verminderter. Daher dort vermehrter Eiweissstoffwechsel, hier träger.

Ich führe diese antagonistischen Theorien nur an, um zu zeigen, wie wenig erforscht die Abbauprozesse des Stickstoffs in ihrem Zusammenwirken mit der inneren Sekretion noch sind.

Auf das Wesen der antiproteolytischen Substanzen bin ich bei der Epilepsie etwas näher eingegangen.

Ausser dieser Beziehung zum Eiweiss- und Fettumsatz besitzt die Schilddrüse noch andere wichtige Funktionen, deren Ausfall durch Zerstörung ihres Gewebes schwere Erscheinungen des Nervensystemes nach sich zieht, unter denen die seelischen Störungen, speziell die affektive Erregbarkeit, den Psychiater vor allem interessieren. Aus diesem Grunde bin ich auf die Beziehung des Morbus Basedow zum Stoffwechsel kurz eingegangen.

Ziehen wir nun das Ergebnis unserer Betrachtungen, so sind wir vor die Frage gestellt: In welcher Weise stehen die bei den einzelnen Psychosen erhobenen Befunde zu der Krankheit selbst? Dabei wollen wir stillschweigend annehmen, dass diese Befunde wirklich in der Weise, wie wir sie skizzierten, schon erwiesen sind.

Die gefundenen Stoffe, die wir wohl meist als Zwischenkörper betrachten dürfen, könnte man zunächst als die Ursache der betreffenden psychischen Störung ansehen, — eine Annahme, die, wie bei den einzelnen Abschnitten betont, keinerlei Wahrscheinlichkeit für sich hat.

Die Ursächlichkeit selbst zugegeben, fragen wir uns weiter, woher entstammen denn diese Zwischenprodukte?



Wir könnten dabei wohl vermuten, dass ein Teil aus angeborenen oder früh erworbenen Konstitutionsanomalien herrührt und ein anderer exogene Ursachen hat (Alkohol, Lues u. a.).

Warum findet man nun aber nicht in jedem Fall die für die einzelnen Psychosen spezifischen Stoffe vor?

Sind unsere Methoden zu unvollkommen, schon geringe Veränderungen wahrzunehmen, sind letztere chemisch überhaupt auffindbar?

Warum hat ihr Vorkommen nicht in jedem Falle die gleichen seelischen Störungen zur Folge?

Die Regellosigkeit speziell des Vorkommens einer bestimmten Anomalie bei **verschiedenen** psychischen Alterationen (Indikan bei Paralyse, Epilepsie; Glykosurie bei Delirium, Angstzuständen, Azetonurie u. a.) lassen einen ursächlichen Zusammenhang a priori als ausgeschlossen erscheinen.

Sind zweitens diese Stoffwechselprodukte vielleicht Begleiterscheinungen? Oder wird man sie als Folgeerscheinungen der seelischen Störungen anzusprechen haben?

Die beiden Fragen lassen sich am besten zusammen beantworten, da Begleiterscheinungen doch wohl auf Kosten der psychischen Störungen zu setzen sind. Als solche sind sie aber dadurch eigentlich Folgeerscheinungen.

Sind die supponierten Stoffe wirklich solche, warum werden dann nicht bei jeder Psychose dieselben für sie spezifischen chemischen Veränderungen getroffen?

Vielleicht deswegen, weil verschiedene Ursachen dieselben psychischen Veränderungen hervorrufen können?

Vielleicht verankern sich bei den Fällen mit gleicher Ursache, aber verschiedenen Befunden, im Sinne eines „Positiv“ oder „Negativ“ die schädlichen Stoffe an die Gehirnzellen oder gehen andere Umsetzungen ein, so dass in beiden Fällen nicht mehr die Originalprodukte nachweisbar sind.

Wenn schon das normale Gehirn imstande ist, Stoffwechsel und Organe zu dirigieren, wieviel mehr das geschädigte.

Dass ersteres der Fall, beweist die Physiologie.

Ausser Reizung des verlängerten Mark bewirken solche des Grosshirnes in der Nähe der motorischen Rindenzentren: Blutdrucksteigerungen (Krämpfe bei Epilepsie und Paralyse, Becatref und Todorski); Reizung der Cauda des corpus striatum ergibt Atemverlangsamung und Atemstillstand, bei Reizung verschiedener Rindenpunkte erfolgt Pulsbeschleunigung und -verlangsamung.

Psychischer Einfluss erhöht die Herztätigkeit.

Die vasomotorischen Erscheinungen der Hysterischen und Nervösen (Gefässerweiterung, Schwitzen, Cyanose, Anämie der Haut, Pulsveränderungen, Blutdruckschwankungen, Schwankungen des Wasserhaushaltes) sind keine selbständigen Erscheinungen, sondern abhängig von den erwähnten Zentren.

Das Phänomen des Wärmestiches habe ich an anderer Stelle berührt.

Nach Kauffmann beruht auch die Polyphagie weniger auf einem Versagen des Sättigungsgefühls, als auf einer gesteigerten physiologischen Appetenz.

Letztere ist aber wieder bedingt durch eine abnorme Verdauungs- und Drüsentätigkeit, also durch einen Reizzustand, der bei dementen



Kranken (Paralyse) durch den Wegfall der Gehirnhemmungen leicht auftreten kann.

Die Polyurie (bei Hysterischen, nach freudigem Affekt, nach epileptischen Anfällen) wird durch Filehne auf einen nervösen Einfluss zurückgeführt mit der Annahme eines Zentrums für die Innervation der Niere.

Damit liessen sich die Fälle von Albuminurie bei Paralyse, Epilepsie, und Delirium häufig erklären, da wo keine anatomischen Veränderungen der Niere bestehen.

Einen grossen Teil der Störungen des Stickstoffgleichgewichtes ist nach Kauffmann auf mangelnde, neurogen bedingte Nierentätigkeit zurückzuführen.

Die Wechselbeziehungen zwischen Gehirn und Leber sind durch den Zuckerstich hinreichend bewiesen. Die Leber kann ferner bei Erkrankung des Gehirnes schon in ihrer Funktion geschädigt sein.

Namentlich wird ihre Tätigkeit durch den Blutdruck reguliert, daher wird auch nach Schreck, nach psychischen Erregungen bei nervösen Personen nicht selten Ikterus beobachtet.

Beziehungen zwischen Gehirn und Darmfunktionen sind ebenfalls längst bekannt (nervöses Erbrechen, nervöse Durchfälle).

Nach Narbut und Bechterew veranlasst Reizung in der Mitte des Gyrus sigmoideus anterior: Sekretion der Bauchspeicheldrüse, Reizung der medialen Partie: Gallenausscheidung.

Die Beziehungen zwischen Depressionen und Sistieren der Darmperistaltik waren erwähnt.

Ueberblicken wir diese Fülle von engen Wechselbeziehungen zwischen Gehirn und Körperfunktionen und den dem Stoffwechsel dienenden Organen und rekapitulieren wir andererseits die bei den einzelnen Psychosen erwähnten Kardinalsymptome — von denen ich kurz hinweise auf die Störungen des Blutdruckes und Wasserhaushaltes, sowie der Körpertemperatur und je nach der Lokalisation Polyurie und Anurie bei Epilepsie, die Häufigkeit ausgesprochener Erkrankung des Vorderhirnes als Sitz der vasomotorischen, sekretorischen und thermischen Zentren bei Paralyse, die vasomotorischen und respiratorischen Störungen bei Angstpsychosen, die Albuminurie und Glykosurie, Indikan und Azetonausscheidungen — so können wir den Einfluss, den die Erkrankungen des Gehirnes — und als solche müssen wir die psychischen Störungen auffassen — auf den Chemismus des Organismus haben, nicht mehr verkennen.

Und zwar müssen wir dann annehmen, dass entweder durch die Erkrankung des Gehirnes von diesem die schädlichen Zwischenprodukte gebildet werden oder indirekt durch eine Erkrankung der Rinde als des Zentral-Regulationsorganes für Organ- und Stoffwechselstörungen im Organismus diese gebildet werden.

Welches ist nun aber die Ursache der krankhaften Funktion des Gehirnes, durch welchen materiellen Prozess wird sie zu dieser pathologischen Tätigkeit veranlasst, da wir als Fazit unserer Betrachtungen eine primäre Ursache doch in den Stoffwechselprodukten nicht sehen konnten?



Die Antwort kann nur das weitere objektive Studium der Gehirnpathologie, der physiologischen und pathologischen Biochemie erbringen.

Eingehende jahrelange systematische Untersuchungen, namentlich an frischen Fällen, wo wir am ehesten Aufschluss erhoffen dürfen, werden dafür nötig sein.

Literatur.

1) Journal für Physiol. und Neurol., Bd. XVI.
2) Abderhalden, Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden.
3) Tigerstedt, Handbuch der physiologischen Methodik.
4) Kauffmann, Beiträge zur Pathologie bei Psychosen. Jena, Fischer 1908.
5) Archiv für Psych., Bd. 10, S. 366.
6) Zeitschrift f. ges. Neur. und Psych. III. Bd. I. 11, 1911.
7) Archiv f. Psych., Bd. 39. 1905.
8) Archiv f. exper. Path. u. Pharmakol. Bd. 56. 1908.
9) Gautier u. Hervieux C. R. de la Soc. de Biol. Bd. 66. 1909.
10) Leydens Festschrift: Ueber die Ausscheidungen von Indoxyl als Zeichen einer Stoffwechselstörung.
11) Monatsschrift f. Psychiatrie, Bd. 24. 1908.
12) Centralbl. f. Nervenheilk. 1909.
13) Journal of. ment. science 1900.
14) Monatsschrift für Psychiatr. Bd. 24. 1908.
15) Zeitschr. f. physiolog. Chemie. Bd. 52, S. 14.
16) Arch. f. Psychiatrie. Nr. 42. 1909.
17) Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 35. 1909.
18) Hoffmeisters Beiträge Bd. 11, 1908.
19) Pflügers Archiv f. d. ges. Physiol. Bd. 129. 1909.
20) Zeitschr. f. experim. Path. u. Ther. 1908.
21) Biochem. Zeitschr. Bd. 8.
22) Monatsschr. f. Psychiatr. Bd. 26. 1909.
23) Zeitschr. f. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IV. H. V. 1911.
24) New York med. Journ. 5. Juni 1897.
25) Virchows Archiv 172.
26) Zeitschr. f. klin. Med. 61. 145. 1907.
27) Med. Klin. Nr. 5. 181. 1910.
28) Journ. of ment. Sci. 67. 1911.
29) Allgem. Zeitschrift f. Neur. u. Psych. Bd. III. H. V. 1910.
30) Zeitschr. f. klin. Med. 25. 1894.
31) Münch. med. Woch. Nr. 44. 1904.
32) Neurol. Centralbl. 1909
33) Binswanger: Die Epilepsie, Wien 1894.
34) Russ. Arzt 9. 160. 1910.
35) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. IV. H. 6. 1911.
36) Haig, the formation of uric acid. London. 1888.
37) New York med. Journ. 1892.
38) Allgem. Zeitschr. f. Psych. III. II. 1910.
39) Monatsschr. f. Psych. Bd. X. 1901.
40) Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. IV. H. 2. 1911.
41) Centralbl. f. Nervenh. u. Psych. 1909.
42) Centralbl. f. Gynäk. 1909.
43) C. R. de l'acad. d. Ac. Bd. 149.
44) Arch. franc. d. Psych. Bd. V.
45) Monatsschr. f. Psych. Bd. 22. 1907.
46) Il manicomio 1908.
47) Arch. f. Psych. Bd. 39. 1905.
48) Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. IV. H. 5. 1911.
49) Med. Klin. 1910.
50) Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. 38; 68. 1910.
51) Neurol. Centralbl. 1910. 74.
52) Münch. med. Woch. 1910. S. 1173.
53) Zeitschr. f. ges. Psych. Bd. II. H. 5. 1910.
54) Centralbl. f. inn. Med. 1905. 617.
55) ref. Rev. neurol. 1907. 1178.

[56]) Ezelt, Epilepsie I. 277. 1909.
[57]) ref. Rev. neurol. 1907.
[58]) Arch. ital. de biol. 53. 297. 1910.
[59]) Arch. f. Psych. 47. 154. 1910.
[60]) Zeitschr. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IV. H. 5. 1911.
[61]) Kauffmann, Beiträge, Jena. 1910. Fischer.
[62]) Monatsschr. f. Psych. Bd. 24. 1908.
[63]) Monatsschr. f. Psych. Bd. 26. 1909.
[64]) Monatsschr. f. Psych. Bd. 27. 1910.
[65]) Centralbl. f. Nervenheilk. Frenkel-Heiden.
[66]) Journ. Am. med. Ass. Nr. 15. 1188. Toxaemia of Insanity.
[67]) Riv. d. Patheol. ner. e. ment. X. 10.
[68]) Blod und ersökning arpa sumes jucka Hygieia. 1907.
[69]) Journ. Am. med. Ass. 51.
[70]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 67. 1910.
[71]) Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 63.
[72]) Riv. sperimentata di freniatr. vol. 32. H. 1, 2.
[73]) Med. Klin. 6. 100. 1910.
[74]) Monatsschr. f. Psych. Bd. 26. 1909.
[75]) Biochem. Zeitschr. Bd. 12.
[76]) Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 27. S. 3.
[77]) Zeitschr. f. Nervenh. 197. Bd. X.
[78]) Berl. klin. Woch. 1882.
[79]) Zeitschr. f. Nervenheilk. 1884. S. 263.
[80]) Berl. Klin. 1898.
[81]) Zeitschr. f. klin. Med. 1900.
[82]) Zeitschr. f. Heilk. 1902. Bd. 23.
[83]) Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 27. H. 3.
[84]) Mitteil. aus d. Hamburg. Krankenanstalten 1905.
[85]) Die Körperlehre. Erscheinungen des Del. trem. Leipzig 1901, Döllken.
[86]) Arch. f. Psych. 1908.
[87]) Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. V. 1909.
[88]) Med. Klin. 7. 725. 1911.
[89]) Schöndorf-Pflügers Arch. 67 und brit. Zeitschr. f. Biol. 35.
[90]) Zeitschr. f. exper. Pathol. 4.
[91]) Zeitschr. f. klin. Med. 33.
[92]) Basel. klin. Woch. 1895. Nr. 30.
[93]) Basel. klin. Woch. 1909. Nr. 23.
[94]) Zeitschr. f. klin. Med. 71. 369. 1910.

II. Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre in Gießen (10.—13. IV. 1912).

Von Dr. Vix, Nervenarzt, Darmstadt.

In den Tagen vom 10.—13. IV. d. J. fand in Gießen auf Anregung des Psychiaters Herrn Geh. Med.-Rat Sommer die erste Wiederholung des Kongresses für Familienforschung usw. statt. Der Zweck der Veranstaltung ist der, alle diejenigen Instanzen, die sich mit den Problemen der Vererbungslehre und ähnlichen Fragen befassen, zu gemeinsamer Arbeit und Gedankenaustausch zu vereinigen. Dementsprechend waren auf dem Kongreß die verschiedensten Berufsarten erschienen. Unter den angeführten 150 Teilnehmern waren die Ärzte und unter diesen die Psychiater wohl am stärksten vertreten. Es nahmen aber auch in großer Zahl Historiker, Juristen, Naturwissenschaftler verschiedener Fächer, Tierärzte und -züchter, Soziologen und Pädagogen teil. Das vorbereitende Komitee bestand aus den Herren Geh. Med.-Rat Sommer, Kammerherr Dr. Kekule v. Stradonitz, Prof. Dannemann, von den Velden aus Weimar, Rechtsanwalt Breymann, dem Vorsitzenden der Zentralstelle für deutsche Familien- und Personengeschichte, und Prof. Kaup, Abteilungsvorsteher der Zentralstelle für Volkswohlfahrt. —



Dem Kongreß ging ein zweitägiger Kurs voraus, in dem einführende Vorträge gehalten wurden. Dieser Kurs ging ohne zeitliche Trennung in den Kongreß über. Letzterer wurde mit einer Begrüßung der Vertreter zahlreicher Behörden und Körperschaften und der Teilnehmer von Geh.-Rat Sommer eröffnet.

Unter den mannigfachen Vorträgen nahmen solche über die Methoden der Forschung einen großen Raum ein. Die Forschungsmethoden lassen sich im wesentlichen in 2 prinzipiell verschiedene Arten trennen, die historisch-genealogische und die biologische. Einen Übergang bilden statistische Untersuchungen.

Die historisch-genealogische Methode befaßt sich mit der Familienforschung, sie ist somit auf den Menschen als Untersuchungsobjekt beschränkt. Sie bedient sich der Stammbäume im weitesten Sinne. Hierbei sind, wie von Kekule ausführte, solche Stammbäume, die nur den Mannesstamm und von diesem nur die direkten Voreltern berücksichtigen, für das Studium von Vererbungsfragen nicht ausreichend. Es besteht vielmehr die viel schwierigere und umfangreichere Aufgabe, nicht nur alle Verzweigungen, sowohl nach der männlichen als auch nach der weiblichen Seite, zu verfolgen, sondern auch Geschwisterkinder zu berücksichtigen. Ferner ist es natürlich erforderlich, möglichst viel Material über die persönlichen Eigenschaften der einzelnen Glieder aufzutreiben. Diese Stammbäume können sich nach oben oder nach unten verzweigen, je nachdem man ermitteln will, ob gewisse Eigenschaften eines speziellen Individuums sich schon unter den Vorfahren finden, oder ob sie auf die Nachkommen vererbt sind und wer sie von ihnen aufweist. Man unterscheidet also Vorfahren- und Nachkommentafeln. Für den praktischen Gebrauch des sich mit Vererbungsfragen befassenden Arztes empfiehlt der Augenarzt Crzellitzer seine Sippschaftstafeln. Hierbei wird das Ausgangsglied in die Mitte des Stammbaums gesetzt und die Vorfahren und Nachkommen darum nach einem bestimmten Schema gruppiert. — Die Aufstellung umfangreicher Stammbäume erfordert eingehende Quellenstudien. Als solche kommen Kirchenbücher, Grundbücher, Akten der Archive von Städten, Fürstlichkeiten, Behörden, Familienwappen usw. in Betracht. Bisweilen sind eingehende historische Kenntnisse erforderlich, um die Fäden verfolgen zu können.

Exakte Resultate liefert die biologische Methode mit ihren experimentellen und praktischen Züchtungen von Tieren und Pflanzen. Das bedeutendste Ergebnis experimenteller Forschung stellt das bekannte Mendel'sche Gesetz dar, das für die praktische Züchtung von grundlegender Bedeutung ist. Seine Anwendung auf den Menschen ist zwar noch nicht bewiesen, aber doch sehr wahrscheinlich. — In seinem Vortrag „Erfahrungen über Tierzüchtung" sprach der Professor der Veterinärmedizin Gisevius über Stammbäume von Rassezuchttieren und wies hierbei auf die intensive Inzucht der Viehzüchter hin. Es scheint demnach bei Züchtung tadelloser Individuen Blutsverwandtschaft unschädlich zu sein, vorausgesetzt, daß diese auch keine latenten, sog. heterozygotischen, ungünstigen Vererbungsmerkmale besitzen, die dann beim Zusammentreffen mit den gleichen Anlagen des blutsverwandten Gatten manifest, homozygotisch, würden. Beim Menschen lassen sich solche schädlichen heterozygotischen Anlagen natürlich nie ausschließen.

Unter den speziellere Fragen behandelnden Vorträgen seien noch



olgende erwähnt: O b e r h o l z e r sprach über die Frage der Sterilisation geistig Minderwertiger, die bekanntlich in einigen Amerikanischen und Schweizer Staaten gesetzlich zulässig ist. Die Diskussionsredner brachten durchweg schwere Bedenken juristischer, humaner und auch sachlicher Art dagegen vor. — D a n n e n b e r g e r berichtete über die bekannte Mikrozephalenfamilie Becker. Die Mikrozephalen stammten aus der zweiten Ehe des Vaters, der in erster Ehe gesunde Nachkommen hatte. Die Mutter der Mikrozephalen schien selbst gesund zu sein. Da zu gleicher Zeit am selben Ort noch in andern Familien Mikrozephaliefälle vorkamen, scheint auch ein an den Ort gebundenes Virus mitzuspielen. — Prof. D a n n e m a n n sprach über die Beziehungen zwischen Fürsorgeerziehung und Rassenhygiene. Er wies darauf hin, daß es unzweckmäßig sei, gerade den am meisten minderwertigen Individuen in erster Linie die Wohltat der Erziehungsanstalt angedeihen zu lassen, während die weniger unsozialen in Familienpflege untergebracht würden, die geringere Garantien für gute hygienische Verhältnisse und zweckmäßige Erziehung biete. — Die wichtige Frage, ob materielles und soziales Aufsteigen den Geschlechtern in rassenhygienischer Beziehung Gefahren bringe, erörterte M a c c o an der Hand der Familiengeschichten der Mitglieder des freien adeligen Schöffenstuhls zu Aachen. Alle diese Familien, die der Vortragende vom zwölften Jahrhundert an zusammengestellt hatte, waren meistens wenige Generationen, nachdem sie in die günstige Position eingerückt waren, ausgestorben. — Großem Interesse begegnete S o m m e r s Vortrag über die Familie von Schillers Mutter. Bei einem weiblichen Nachkommen dieser Familie, einer Codweis, fand der Vortragende eine auffallende Ähnlichkeit mit Schillers Gesichtsbildung: Breiten Oberkiefer und schmale Lidspalten. Da in der Familie Codweis die Tradition besteht, die Familie sei aus Polen eingewandert, das Familienwappen die alten polnischen Farben enthält und Codweis an das slawische Codwiz anklingt, so hält S o m m e r einen slawischen Einschlag bei Schiller für wahrscheinlich. — In einem Vortrag über Renaissance und Regeneration regte S o m m e r die Frage an, ob das auffallend gehäufte Auftreten einer großen Zahl künstlerisch und wissenschaftlich hochstehender Männer in Oberitalien und speziell in Florenz zur Zeit der Renaissance nicht darauf zurückzuführen sei, daß zu jener Zeit ein hochentwickelter Bürgerstand sich mit dem alten Militäradel zu kreuzen begann, so daß die Nachkommen aus solchen Verbindungen ganz verschiedenartige hochwertige Anlagen erbten. Vortragender wies in der Diskussion auf Humboldt, Bismarck Moltke, Zeppelin als Sprößlinge aus Verbindungen zwischen alten Adels- und Bürgerfamilien hin. — Zum Schluß wurde die Notwendigkeit betont, den Sinn für Rassenhygiene nach dem Vorbild der englischen Eugenics Education Society auch in Deutschland mehr zu popularisieren. Es wurde die Errichtung von entsprechenden Lehrstühlen an den Hochschulen als erforderlich bezeichnet. —

Während des Kongresses fand eine Ausstellung über Familienforschung usw. in der psychiatrischen Klinik statt, die Tabellen, Stammbäume, Abhandlungen, anthropologische Abbildungen und dergl. enthielt. Besondere Aufmerksamkeit erweckten die v o n d e n V e l d e n schen Ahnentafeln in Form heraldischer Wandteppiche — Die Abende brachten gesellige Zusammenkünfte der Teilnehmer wobei sich das gastfreundliche Ehepaar Sommer ganz besonderen Dank erwarb.

Autoreferate und Mitteilungen aus der Praxis.

Improvisation von Heißluftbädern im Zimmer.

Von Dr. M. Peltzer, Berlin-Steglitz.

Soviel mir bekannt, war der erste, der einen Heißluftapparat für den Hausgebrauch konstruierte, anfangs der 60 er Jahre des vorigen Jahrhunderts der Berliner Charitékrankenwärter Figala (daher der Name Figaline): eine Art Kükenkorb aus undurchlässigem Stoff über einem Sitz, unter dem eine Spirituslampe brannte. Viel Eingang fand damals dieser Apparat nicht, sei es, weil das Bedürfnis nach einem solchen noch nicht so häufig empfunden wurde, wie gegenwärtig, sei es, weil man seine Feuergefährlichkeit fürchtete. Wenn Carl Gustav Mitscherlich, der Bruder des großen Chemikers E. Mitscherlich, in seinen pharmakologischen Vorlesungen auf ihn zu sprechen kam, erledigte er ihn mit den Worten: „Der Kranke setzt sich drauf und verbrennt sich den — Rücken."

Nach dem Prinzip dieser Figaline sind, wie ein Blick in die Kataloge der betr. Handlungen und Fabriken zeigt, bis heut alle neueren Apparate für den Gebrauch von Heißluftbädern im Zimmer konstruiert, nur daß man ihnen die heiße Luft von außen zuführt. Ihre Verbreitung ist eine ziemlich große, sie haben jedoch alle den Nachteil, daß sie mehr oder weniger kostspielig sind und namentlich bei beschränkteren Räumlichkeiten sowie Nichtgebrauch reichlich viel Platz wegnehmen. Vermieden werden diese Nachteile durch eine von mir für einen bestimmten Fall erdachte, vorher und nachher von mir selbst mehrfach ausprobierte Improvisation, deren Hauptvorzug sein dürfte, daß sie so gut wie nichts kostet. Sie basiert auf der ursprünglichen Figaline mit Ausschaltung des an ihr gerügten Übelstandes und ermöglicht somit auch unter kleinen Verhältnissen ein Heißluftbad im Hause, was unter allen Umständen eine nachträgliche Erkältung ausschließt. Ich nahm aus der Küche einen Trittstuhl und ein eisernes Kuchenblech, machte letzteres mit Meißel, Hammer und Kneifzange paßrecht und nagelte es unter den Stuhlsitz. Auf diesen kam ein dickes Fußkissen (zum Schutz des Dammes) zu liegen, und nachdem jederseits zwischen Vorder- und Hinterbeinen des Stuhles dünne Holzbrettchen (zum Schutz der Waden) genagelt waren, setzte ich mich rittlings, die Arme auf die Stuhllehne gestützt, nackt auf das Fußkissen und ließ mich in mehrere, bis auf den Fußboden reichende, am Halse dicht schließende Decken hüllen. Zuletzt wurde durch einen stets offen bleibenden (Beobachtungs-) Spalt in den Decken zwischen den Hinterbeinen des Stuhles ein Mehrloch-Spiritusbrenner geschoben und angezündet — nach $^1/_4$ Stunde war ich, wie im römischen Bade, in Schweiß gebadet. Bei der nötigen Vorsicht und Ruhe, wie sie ja überall geboten ist, kann nichts passieren, ich glaube auch nicht, daß die Dämpfe des mit Pyridinbasen denaturierten Spiritus schädlich sind. Sie werden ja auch nicht eingeatmet, und ich persönlich habe jedenfalls keinen Nachteil davon gespürt.



Beiträge zur Physiologie und Pharmakologie des Purinhaushaltes der Säugetiere.

Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Gesellschaft deutscher Ärzte in Prag am 26. April 1912 von **Wilhelm Wiechowski,** Vorstand. des pharmakologischen Instituts der deutschen Universität in Prag.

Da auf Grund früherer Arbeiten angenommen werden muss, dass die Produkte des Purinstoffwechsels der Säugetiere quantitativ im Harn ausgeschieden werden, bietet die Untersuchung der Purinfraktion inkl. Allantoin im Harne die Möglichkeit unmittelbar Schlüsse auf die Besonderheiten bezw. Veränderungen des Purinhaushalts zu ziehen.

Die Gesamtpurinausscheidung lässt sich nach zwei Richtungen analysieren. Man kann ihre absolute Grösse und das Verhältnis ihrer Glieder zueinander studieren.

In physiologischer Hinsicht hat sich, zum Teil auch aus den Arbeiten anderer Autoren, ergeben, dass die Grösse der Purinausfuhr unabhängig vom allgmeinen N-Stoffwechsel ist und bei purinfreier Ernährung pro 24 Stunden einen für das Individuum sehr konstanten Wert aufweist. Dagegen besteht kein fixes Verhältnis zum Körpergewicht innerhalb einer Tierspezies und noch weniger bei verschiedenen Tierarten. Inwiefern ein solches fixes Verhältnis etwa zur endogenen Gesamtkreatininausscheidung besteht, aus welcher nach Folin der endogene Gesamt-N-wechsel berechenbar sein soll, wird Gegenstand ad hoc angestellter Versuche sein. Es scheint Tiere mit besonders niedrigem Purinstoffwechsel zu geben (Affen ?) und solche mit besonders hohem (Hunde). Es haben sich ferner keine eindeutigen Beziehungen zur Phosphorsäureausscheidung ergeben, welche im Hunger erheblich grösser ist als der Gesamtpurinausscheidung entspricht, wenn man das Verhältnis betrachtet, in welchem Phosphorsäure und Purine in der Nukleinsäure zueinander stehen.

Das Verhältnis der Glieder der Gesamtpurinausscheidung zueinander (Basen, Harnsäure, Allantoin) ist zunächst dadurch gekennzeichnet, dass die Basen bei den meisten Säugetieren nur einen sehr kleinen Teil ausmachen. Sie können daher von der Betrachtung zunächst ausgeschlossen werden. Der weitaus grösste Teil wird vom Allantoin bezw. der Harnsäure eingenommen. Es ergaben sich hier erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Tierarten. Auf der einen Seite stehen alle Säugetiere eingeschlossen die niederen Affen, sie scheiden viel Allantoin und wenig oder keine Harnsäure aus — auf der anderen Seite der Mensch und die anthropoiden Affen, welche wenig oder gar kein Allantoin und fast ausschliesslich Harnsäure ausscheiden. Ihr Purinstoffwechsel bleibt auf einer niedrigeren Oxydationsstufe stehen. Will man also die Besonderheiten des Harnsäurehaushaltes des Menschen an unseren Laboratoriums-Tieren studieren, so hat man die Allantoinausscheidung zu verfolgen. Eine Harnsäurepathologie im humanen Sinne gibt es bei den Säugetieren nicht. Gicht ist bei ihnen auch unbekannt.

In pharmakologischer Hinsicht sind folgende Probleme in Angriff genommen worden:

1. Die experimentelle Steigerung und Herabsetzung der Gesamtpurinausfuhr.

2. Die pharmakologische Beeinflussung des Verhältnisses der Glieder der Purinausscheidung bei Mensch und Tier im Sinne einer Oxydationshemmung bezw. -steigerung.

3. Die Wirkung von Giften auf bei Tieren gesetzte Urat-Depots,



welche im Gegensatze zu injizierten Urat l ö s u n g e n nur zu einer geringen rasch vorübergehenden Steigerung der Allantoinausscheidung führen und dann lange Zeit bei unmerklicher Resorption unverändert liegen bleiben.

Eine Beeinflussung des fixen Verhältnisses der Glieder der Purinausscheidung zueinander bei Tieren und beim Menschen gelang nicht. Beim Tiere wurden oxydationshemmende Eingriffe versucht: Narkose, Blausäurevergiftung, Schilddrüsenexstirpation hatten keinen Erfolg. Ebensowenig die akute und chronische Bleivergiftung. Eine Andeutung von Wirkung im Sinne einer Steigerung der Harnsäure- und Minderung der Allantoinausscheidung zeigten die Versuche von H i r o k a w a beim Hunde nach langdauernder Nukleinsäurefütterung. Ein unveröffentlichter schon früher mit H. W i e n e r ausgeführter Versuch ergab eine auffallende Verminderung der Harnsäureoxydase der Leber bei einem einen Monat lediglich mit Kalbsthymus ernährten Hunde. — Beim Menschen wurde von G u d z e n t und seinen Mitarbeitern der Radiumemanation die Fähigkeit zugeschrieben, eine Oxydation der Harnsäure zu bewirken. Die Versuche von G u d z e n t , welche zu dieser Annahme geführt haben, über die zerstörende Wirkung der Ra-Emanation auf Uratlösungen in vitro wurden durch eine gemeinsam mit v. K n a f f l ausgeführte Untersuchung widerlegt. Dieses Resultat entspricht der bisher von den Autoren beobachteten Wirkung der Ra-Emanation auf die Harnsäureausfuhr des Menschen. In den meisten Fällen wurde eine S t e i g e r u n g der endogenen Harnsäureausscheidung beobachtet.

Die Beeinflussung der Grösse der Gesamtpurinausscheidung durch Pharmaka scheint leichter zu gelingen.

Eine Herabsetzung der endogenen Gesamtpurinausscheidung bei Tier und Mensch war bisher unbekannt. Es konnte gezeigt werden, dass den Kalziumsalzen eine derartige Wirkung zukomme. Die Versuche knüpften an analoge von L u b i e n i e c k i im Wiener pharmakologischen Institute ausgeführte an. Insbesondere erwiesen sich hohe Gaben von Kalziumchlorid (bis 20 g pro die) als wirksam, welche die endogene Purinausscheidung des Menschen (an der Harnsäureausscheidung gemessen) auf die Hälfte bis auf ein Viertel und weniger des normalen Wertes herabzusetzen imstande sind.

Eine Steigerung der Gesamtpurinausscheidung im Tierexperiment war entsprechend den Angaben von B o r i s s o w , P o h l und P o d u s c h k a bei der Hydrazinvergiftung zu erwarten. Gemeinsam mit A. F r ö h l i c h im Wiener pharmakologischen Institute ausgeführte Versuche zeigten jedoch, dass im Gegensatz zu diesen Angaben das Hydrazin keine Steigerung der Allantoinausscheidung bewirkt. Seit langem ist bekannt, dass beim Menschen Salizylsäure und auch Pilokarpin eine Steigerung der Purin(Harnsäure-)ausfuhr veranlasst. Das letztere wurde beim Kaninchen als wirkungslos befunden. Eine ganz besonders ausgeprägte Steigerung verursacht, wie bekannt, das A t o p h a n. Die zur Analyse dieser Wirkung an Kaninchen und Hunden ausgeführten Versuche haben folgendes ergeben. Das Atophan erleidet, wie schon von anderen Autoren mitgeteilt worden ist, eine Umwandlung im Organismus. Das Umwandlungsprodukt wurde isoliert, unabhängig von den in der allerletzten Zeit erschienenen Mitteilungen. Es ist ein lebhaft gelb gefärbter, schön kristallisierter Stoff, der die Ehrlichsche Diazoreaktion gibt und zugleich saure und basische Eigenschaften hat.



Die Ermittelung seiner Konstitution ist im Zuge. In weiteren Versuchen am Menschen wurde festgestellt, dass hohe Gaben von Kalziumchlorid die Atophanwirkung unterdrücken können und dass dann die oft am Nachtage der Injektion beobachtete Senkung der Harnsäureausscheidung besonders tief ausfällt. Das war Veranlassung, den Kalziumwechsel unter dem Einfluss des Atophans beim Kaninchen zu untersuchen. Doch ergaben die bisher angestellten Versuche noch kein verwertbares Resultat. Beim Tier hat das Atophan eine andere Wirkung als beim Menschen, die auch in den wenigen bisher veröffentlichten Tierversuchen deutlich hervortritt, aber übersehen worden ist. Es setzt nämlich die Purin(Allantoin-)ausscheidung deutlich herab. Allerdings nicht in allen Fällen, denn häufig genug ist es ganz wirkungslos. Eine Steigerung der Purinausscheidung ist nie beobachtet worden. In den Fällen, wo es herabsetzend auf die Allantoinausscheidung wirkt, pflegt die gleichzeitige Harnsäureausscheidung nicht wesentlich gedrückt zu sein, so dass mitunter auch eine Verschiebung des Verhältnisses Harnsäure zu Allantoin beobachtet werden kann. Auf die Verarbeitung exogener Purine (Briesfütterung) wirkte das Atophan nicht. An Kaninchen, welchen subkutane Depots von festem Urat gesetzt waren, wirkte das Atophan dagegen in einigen Versuchen steigernd auf die Allantoinausscheidung. Beim Menschen wurde schliesslich noch die Beobachtung gemacht, bezw. ähnliche Beobachtung anderer Autoren bestätigt, dass das Atophan deutlich analgetische Eigenschaften hat. So beseitigt es namentlich Kopfschmerzen und hatte auch in einem Falle von Ischias prompten Erfolg. Diese Teilwirkung ist Gegenstand weiterer Versuche am Tier. — Aus dem Ergebnis der erwähnten Versuche, welche fortgesetzt werden, scheint hervorzugehen, dass dem Atophan insbesondere eine Wirkung auf die Ausscheidung der Harnsäure als *solcher* zukomme. Da die Harnsäureausschwemmung auch bei jedem Gesunden zu beobachten ist, muss der auch anderweitig zu stützende Schluss gezogen werden, dass der Mensch normalerweise Harnsäuredepots besitzt. Nicht etwa streng lokalisierte, wie sie in den gichtischen Tophis vorliegen, wohl aber diffuse, wie die Wasser- und Chloriddepots, die man seit langem kennt. Neben dieser die Ausschwemmung der Harnsäure aus den Geweben bedingenden Eigenschaft, hat das Atophan in vielen Fällen eine depressive Wirkung auf den endogenen Purinstoffwechsel, welche sich beim Menschen als Nachwirkung nach der Ausschwemmung häufig aber nicht konstant äussert.

Autoreferat.

Knochen- und Gelenk-Tuberkulose.

Von Professor **Dr. Oskar Vulpius**-Heidelberg.

(Vortrag auf der 59. Versammlung Mittelrhein. Ärzte am 3. Juni 1912.)

Eine mächtige Bewegung hat neuerdings hinsichtlich der Behandlung der Knochen- und Gelenk-Tuberkulose eingesetzt. Man erstrebt die Errichtung von Spezialheilstätten für solche Kranke.

Im allgemeinen Krankenhause ist die Behandlung dieser Krankheiten sehr erschwert, weil im Hinblick auf die Häufigkeit des Leidens und die lange Dauer des Heilungsprozesses die vorhandenen Betten nicht ausreichen. Sind doch in Deutschland allein 15—20 000 Krüppelkinder gezählt worden, deren Zustand durch Knochen- und Gelenk-Tuberkulose herbeigeführt wurde. Es dürften etwa 6000 Menschen



alljährlich in Deutschland an Knochen- und Gelenk-Tuberkulose sterben. Die durchschnittliche Krankheitsdauer aber wurde bisher auf etwa 4 Jahre berechnet.

Gegen die Behandlung in der Familie aber spricht zunächst schon die Ansteckungsgefahr bei vorhandener Eiterung. Vor allem aber lässt die moderne Behandlung das allgemeine Krankenhaus wie die Familie nicht mehr als den geeignetsten Ort für die Durchführung der Kur erscheinen, seitdem die physikalischen Heilfaktoren insbesondere die Heliotherapie ungeahnte Bedeutung gewonnen haben.

Im Vergleich mit dem Auslande stehen in Deutschland den chirurgisch Tuberkulösen verschwindend wenige Betten, ja den Erwachsenen so gut wie gar keine, in Spezial-Sanatorien zur Verfügung. Die Errichtung solcher Heilstätten soll auf dem Lande erfolgen, aber doch in bequemer Nähe einer grösseren Stadt. Zu bevorzugen und im wesentlichen untereinander gleichwertig dürften Hochgebirge, Seestrand, Solbad sein.

Das Sanatorium muss Einrichtungen besitzen für die kombinierte Anwendung der Chirurgie, Orthopädie, Freiluft-Liegekuren, natürlicher und künstlicher Belichtung, Sole-Applikationen.

In dem Heidelberg benachbarten Solbad Rappenau hat der Vortragende, Professor der orthopädischen Chirurgie an der Universität Heidelberg, ein derartiges Sanatorium eröffnet, in welchem zunächst 120 Kinder und Erwachsene mit Knochen-, Gelenk- und Drüsenleiden in drei Verpflegungsklassen Aufnahme finden. Das Sanatorium liegt auf einem nach Süden geneigten Wiesenhang, gegen Norden geschützt durch ausgedehnten Hochwald. Es verfügt über Operations- und Gipsverbandzimmer, orthopädische Werkstätte, Solbäder, gedeckte Liegehallen, Solarium, Belichtungszimmer (ultraviolettes Licht, Bogenlicht, Röntgenlicht), Gradierwerk und Raum-Inhalatorium.

Die Erfolge der modernen Sanatorium-Behandlung der chirurgischen Tuberkulose sind sehr bedeutende, ja staunenswerte: Der Heilverlauf wird abgekürzt, die Mortalität darum herabgedrückt. Schwer kranke Gelenke werden sogar wieder beweglich, Verkrüppelungen und dauernde Arbeitsunfähigkeit werden vermieden.

Die Bewegung zu Gunsten der Sanatorium-Behandlung für chirurgisch Tuberkulöse ist also nicht nur für die Kranken, sondern auch für diejenigen, welche die pekuniären Lasten zu tragen haben (Krankenkassen, Versicherungsanstalten) von einschneidender Bedeutung. Autoreferat.

Die Serodiagnose der Tuberkulose.

Von Prof. **Dr. Hammer**-Heidelberg.

(Vortrag auf der 59. Versammlung Mittelrhein. Ärzte in Heidelberg am 3. Juni 1912.)

Gegenüber den physikalischen Untersuchungsmethoden, der Röntgenuntersuchung und den verschiedenen tuberkulin-diagnostischen Methoden hat die Serodiagnose der Tuberkulose keine erheblichen Fortschritte gemacht und bisher zu keinen praktisch verwendbaren Resultaten geführt. Neuerdings scheint es nun, nach den Untersuchungen des Autors, als wenn eine serodiagnostische Methode, die von Wahlmann und Bruck zuerst für Tuberkulose angegebene Methode der Konfluenzablenkung, Aussicht haben sollte auch praktisch verwendbar zu werden. Die erzielten besseren Resultate sind wahr-

scheinlich auf eine Aenderung der Methodik und darauf zurückzuführen, dass neben Tuberkulin als Antigen, noch Extrakt aus tuberkulösem Gewebe als Antigen nach der Methode von Umgen's für die Serumuntersuchung von Tumorkranken verwandt wurde.

Von 46 Tuberkulosen verschiedener Art reagierte 1 Fall negativ, der vielleicht als klinisch geheilt bezeichnet werden kann, 2 erst bei wiederholter Untersuchung schwach positiv.

In den letzteren 2 Fällen handelte es sich um Altersphthisen von eigentümlich reaktionslosen und asthenischen Verlauf.

Gesunde und an verschiedenartigen anderen Krankheiten Leidende reagierten negativ.

Die Fortsetzung der Versuche wird zeigen, ob sich die Methode auch für initiale Fälle von Tuberkulose eignet. Autoreferat.

Operation der Madelungschen Deformität.

Von Dozent Dr. C. Springer.

(Wissenschaftliche Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen am 10. IV. 1912.)

Entsprechend dem Ergebnisse seiner früher veröffentlichten Untersuchung bei denen V. neben ulnar- und volarkonkaver Biegung auch eine Torsion des Radius um die Längsachse fand, faßt S. die M. D. als eine Verbiegung des Radius im Sinne der Pronation auf, der Radius ist sozusagen um die Ulna gerollt. Zur Korrektur empfiehlt S. Osteotomie des Radius an 1—2 Stellen, Durchschneidung des Pronator quadratus, Resektion des unteren Ulnaendes und Gipsverband in maximaler Supination und Dorsalflexion. Dadurch werden alle 3 Komponenten der Verbiegung gleichzeitig korrigiert. Die Resektion an der Ulna kann auch in der Kontinuität vorgenommen, das gewonnene Stück in die Osteotomiestelle des Radius eingespreizt und dieser dadurch verlängert werden.

Vorstellung eines operierten Falles.

2. Traumatische Luxatio femoris centralis bei Coxites tbs. Ein Kurpfuscher nahm an einem 7 jährigen Coxitiker die „Einrichtung" der Hüfte vor, indem er den Oberschenkel ruckweise gegen das Becken trieb. Effekt: Sitzbein vom Darmbein in der Y-Fuge gelöst, durch den Spalt ist der Kopfrest 3 cm tief in das Becken eingetrieben. Selbstbericht.

Sehstörungen nach Beobachtung der Sonnenfinsternis.

Von Priv.-Doz. Dr. **Camill Hirsch**, Prag.

(Sitzung des Ver Deutsch. Ärzte in Prag, am 3. Mai 1912.)

Hirsch hat vier Fälle von Schädigung des Sehorgans durch Beobachtung der Sonnenfinsternis vom 17. April d. J. gesehen: Drei davon ganz ohne, einer mit ungenügendem Schutze des Auges (gewöhnliches hellgraues Schutzglas). In zwei Fällen, welche sonst leichteren Grades waren: kurzdauernde starke Sehstörung; zur Zeit der Beobachtung (7 und 9 Tage nach der Blendung) nur mehr positives, nicht absolutes, zentrales Skotom, bei unbedeutend herabgesetzter Sehschärfe und normalem Spiegelbefund — fand sich eine herdweise Entzündung der Augapfelbindehaut in der Lidspaltenzone. Bei dem einen von ihnen heilten die multiplen Herde, welche von typischen Flyktaenen sich in nichts unter-



scheiden ließen, in 12 Tagen. Der Kranke, ein 15 jähriger Knabe, war ein Phthisiker, der aber niemals eine Augenentzündung durchmachte, spez. keine Spuren überstandener Kerato-conjunctivitis eczematosa aufwies. Der zweite, eine 25 jährige Frau, hatte eine größere zirkumskripte Erhabenheit der Augapfeloberfläche, die H. den Eindruck eines Erythema solare machte. Diese Affektion war 9 Tage nach der Blendung noch im Höhenstadium. Der dritte Fall war typisch: positives zentrales Skotom, im Zentrum oscillierend mit bedeutender Herabsetzung der Sehschärfe und dem typischen Spiegelbefund einer tiefdunkelroten Makularscheibe mit zentralem hellen Fleckchen. Der vierte Fall kam schon 44 Stunden nach der Blendung zur Beobachtung; hatte zu Anfang ein sicher nicht positives zentrales Skotom von Halbmondform. Es war relativ, nur in der Mitte eine ganz kleine Partie absolut. In der Macula eine ovale mattgraue Scheibe von tief dunkelrotem Ringe umschlossen. Bis zum 7. Tage wurde der Spiegelbefund allmählich typisch (wie bei Fall III) und drei Tage später erst wurde das negative Skotom, das schon früher kleiner geworden war und die Halbmondform verloren hatte, dem Kranken wahrnehmbar, d. h. positiv. H. zieht aus diesem merkwürdigen Verlaufe Schlüsse auf den Prozeß in der Macula. (Nachzulesen in der Prager Mediz. Wochenschrift, wo die Fälle publiziert wurden.)

Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie u. path. Anatomie.

Fränkel, E., Über erworbene Dünndarmsyphilis. (Virchows Archiv f. patholog. Anatomie 1910, Bd. 199, S. 131.)

Erworbene Dünndarmsyphilis ist außerordentlich selten. E. Fränkel beobachtete in Hamburg-Eppendorf bei rund 19000 Sektionen nur drei solche Fälle, die unter durchaus verschiedenen Krankheitsbildern verlaufen waren. Bei dem ersten, nach den Angaben des Patienten sich über mehrere Jahre erstreckenden Falle wiesen die namentlich in den letzten, der Operation vorangegangenen Monaten aufgetretenen Erscheinungen auf das Bestehen einer Passagebehinderung im Darm hin und ließen an eine, wahrscheinlich auf tuberkulöser Basis beruhenden Striktur in der Ileocoecalgegend denken. Der zweite Fall dagegen zeichnete sich durch einen verhältnismäßig raschen Krankheitsverlauf aus (etwa $^1/_2$ Jahr); die anfangs sehr vagen Symptome gestatteten schließlich unter Zuhilfenahme des objektiven Tastbefundes die Annahme, daß ein Tumor in der Bauchhöhle vorläge, über dessen Sitz sich nichts Bestimmtes sagen ließ. Im dritten Falle bestanden neben Zeichen einer chronischen Nephritis Symptome einer sekundären Anämie, die auf ein seiner Natur nach unklares, mit Durchfällen und Blutungen verbundenes Darmleiden bezogen wurden. Auch anatomisch zeigten die einzelnen Fälle makroskopisch ein ganz verschiedenes Aussehen. Bei dem ersten Falle war in dem operativ gewonnenen Darmstücke neben zirkulär angeordneten beetartigen Erhebungen eine das Darmlumen hochgradig verengernde narbige Striktur vorhanden; bei dem zweiten gleichfalls operativ entfernten Darmstück (hohe Jejunumschlinge) fand sich zwar auch beetartige Infiltration der Schleimhaut, aber außerdem, durch intakte Darmpartien getrennt, zirkuläre Geschwürsbildung und an einer dem Mesenterialansatze entsprechenden Stelle eine knollige, in nekrotischem Zerfall begriffene Verdickung des Darms neben einer dem so veränderten Darmabschnitte entsprechenden umschriebenen derben Infiltration des Mesenteriums. Bei dem dritten Falle beherrschte Geschwürsbildung das anatomische Bild, Infiltra-



tionsvorgänge schienen — soweit mit bloßem Auge wahrnehmbar — vollkommen zu fehlen. Erst der histologischen Untersuchung gelang es, die drei ihrem makroskopischen Verhalten nach so verschiedenen Prozesse auf eine einheitliche Pathogenese zurückzuführen. Der wesentliche, stets wiederkehrende Befund ist die Infiltratbildung in der Darmwand. Diese geht sowohl von der Submukosa als auch ausnahmsweise von der Mukosa aus, sie durchsetzt die Wandschichten teils diffus, teils herdweise und führt so allmählich zu einer Verdrängung bis zum völligen Untergang der am Aufbau der Darmwand beteiligten Elemente, so daß schließlich der befallene Teil des Darmes in ein uncharakteristisches Granulationsgewebe umgewandelt ist, dessen zellige Elemente besonders auch die Neigung haben, die in der Darmwand verlaufenden arteriellen (aber auch die venösen) Gefäße bisweilen bis zu völligem Verschlusse zu durchwaschsen (Panarteritis und Panphlebitis). Wenn sich der Infiltrationsprozeß innerhalb bestimmter Grenzen hält, erscheint er als beetartige Erhabenheit, die aber, wenn es sich um exzessive Grade handelt, an das Aussehen einer Geschwulstbildung erinnern kann. Zum Wesen des Prozesses gehören die Zerfallserscheinungen, aus denen schließlich das Bild des Geschwüres resultiert, dessen Grund und dessen Ränder in den einzelnen Fällen wechselnde Beschaffenheit haben können. Warum in dem einen Falle die infiltrierenden, in dem anderen die geschwürigen Vorgänge überwiegen, ist vorläufig noch unbekannt. Heilung ist nur auf dem Wege der Narbenbildung möglich. Sind diese Narben ringförmig, so bedingen sie notwendig Stenosen- und Strikturbildung. Die Gesamtheit der Veränderungen, das schrankenlose Eindringen der an sich uncharakteristischen zelligen Elemente in die Tiefe und in die Fläche, ihre Hinfälligkeit, die Tendenz, die Nachbargewebe nicht zu respektieren, in sie einzudringen und sie dem Untergang entgegenzuführen (namentlich an den Blutgefäßen), ist so charakteristisch, daß die gestattet, anatomisch die Diagnose auf Syphilis mit Sicherheit zu stellen, auch dann, wenn der Nachweis der Spirochäten nicht gelingt. Auch negativer Ausfall der Wassermannschen Reaktion beweist dann nichts gegen die Diagnose Syphilis.

W. Risel-Zwickau.

Schilling, V, Zur Morphologie, Biologie und Pathologie der Kupfferschen Sternzellen, besonders der menschlichen Leber. (Virchows Archiv f. patholog. Anatomie 1909, Bd. 196, S. 1.)

Die Untersuchungen des Verfassers betrafen das Verhalten der sogenannten Sternzellen der menschlichen Leber im normalen Zustande und bei verschiedenen pathologischen Prozessen (Stauungslebern bei Altersschwäche, Herzfehlern, und chronischer Nephritis; bei Diabetes, Leukämie, perniziöser Anämie, bei Infektionen verschiedener Art, bei Geschwülsten). Es zeigte sich, daß der Fettgehalt der Sternzellen ein Spiegelbild des sich gerade im Körper abspielenden Fettumsatzprozesses gibt. Die Sternzellen können Fett phagozytär aus dem Blute aufnehmen und die Leberzellen können bei rein phagozytärer Fetterfüllung der Sternzellen relativ wenig Fett enthalten; ein Transport korpuskulären Fettes aus Sternzellen zu Leberzellen findet im allgemeinen nicht statt. Es ist also der Fettgehalt der Sternzellen eine die Zellen als solche angehende Veränderung und nicht der Ausdruck der Funktion des Fetttransportes an die Leberzellen. Das Fett ist korpuskulär aufgenommen, oder feinkörnig degenerativ (durch Autolyse? oder Metamorphose?) entstanden, oder flüssig infiltriert. Der Pigmentgehalt der Sternzellen ist der Ausdruck einer eigenen Zelltätigkeit und der Zusammenhang mit den Leberzellen ist rücksichtlich eines einfachen Transportes nicht vorhanden. Die Pigmente zerfallen in flüssig zugeführte [eisenhaltige und eisenfreie Blutpigmente, Galle, (Fibrin?), experimentelle (resp. medikamentöse) Farbstoffe], in fest zugeführte [eisenhaltige und eisenfreie Blutpigmente, gallige, Stauungs- und andere Körperpigmente, Fremdstoffe (Staub, Kohle usw.)], in selbstgebildete [die flüssig zugeführten, aber verdichteten Stoffe, Bluteisenpigment (Hämosiderin) mit seinen eisenfreien Vor- und Residualstufen, direkt aus Erythrozyten gebildete]. Die Sternzellen besitzen eine ganz außer-



ordentlich intensive Fähigkeit zur Phagozytose; es kommt daher bei Beteiligung der Leber den Sternzellen der Hauptanteil zu an der Festhaltung, Verarbeitung und Elimination der Bakterien, die Sternzellen sind daher auch mittelbar oder unmittelbar an der Bildung der Lebertuberkel beteiligt als erste Ansiedelungsorte der Tuberkelbazillen. Die Phagozytose der Sternzellen und die der weißen Blutkörperchen sind daher Parallelvorgänge, die zu gunsten der einen oder anderen Zellklasse wohl Schwankungen unterworfen sind, auch wechselseitig für einander eintreten können, die aber direkt unabhängig voneinander sind.

Es ergibt sich weiter, daß die sogenannten Kupfferschen Sternzellen ausgeprägte Funktionszustände des Kapillarendothels sind und durch Quellung und Kernaufhellung, unter Umständen mit mitotischen Teilungen, aus dem gewöhnlichen Endothel hervorgehen. Wahrscheinlich unterliegt jede Endothelzelle zeitweise einem solchen veränderten Stadium physiologisch; in krankhaft in Anspruch genommenen Lebern tritt eine Steigerung dieses Vorganges ein, die bei septischen und anderen toxischen Einwirkungen selbst zur Vermehrung der Sternzellen führt. Nachdem das Aufnahmestadium durchlaufen ist, tritt eine Rückbildung zur schmalen Form, event. bei erfolgter Aufnahme von Fremdstoffen zur Mittelform ein, die dann als Dauerform erscheint. Als Nebenformen kann man besonders große, hellkernige, feingezeichnete Zellen ohne Funktionsäußerung (vielleicht Vorstadien der Teilung) und degenerierte, sehr fetthaltige, große Zellen mit strukturlosem hellem Kerne ansehen. Für den Übertritt von Bakterien und Pigmenten in die Galle bleibt bei erhaltener Struktur kein anderer Weg als die Sternzellenfortsätze. Die Sternzellen liefern aber keineswegs die von ihnen eingefangenen Fremdstoffe an die Gallengänge ab, wie das lange Verweilen von Bakterien und Pigmenten beweist. Ein Teil der Fremdstoffe wird, vielleicht unter aktiver Mitwirkung der Zelle oder durch den großen Säftestrom, ausgelaugt und den Lymphräumen überliefert. Die Restkörper verfallen der Auflösung. Nicht lösliche Stoffe jedoch bleiben liegen. Wenn sie endlich, wahrscheinlich unter Zerfall ihres Trägers, frei werden, so gehen sie nicht an die Leberzellen, vielleicht in die Galle, sicher aber teilweise durch die Lymphräume an das perilobäre Bindegewebe, und weiterhin an die portalen Lymphdrüsen.

Die einzige Erklärung der für Fett, Pigment und Phagozytose gleichmäßig festgestellten Unabhängigkeit der Sternzellen von den Leberzellen bietet ihre Auffassung als in den Plasmastrom eingeschalteter Schutzorgane der Leber. W. Risel-Zwickau.

Thoma, R., Untersuchungen über die wachsartige Umwandlung der Muskelfasern. Dritte Mitteilung. Die Zerreissungen der Muskulatur, die wachsartige Umwandlung überlebender Muskelfasern, die bei Massenligaturen entstehenden wachsartigen Umwandlungen derselben und ihre Beziehungen zu den bei Abdominaltyphus beobachteten Veränderungen. (Virchows Archiv f. pathol. Anatomie 1910, Bd. 200, S. 22.)

Die am Froschmuskel durchgeführten Untersuchungen ergaben als wichtigstes Resultat die Tatsache, daß die eigenartige Form der Zerklüftung der Muskelfasern, die als wachsartige Umwandlung der Muskeln bei Typhuskranken bekannt ist, mit Sicherheit experimentell herbeigeführt werden kann, wenn man Muskeln, die entweder durch Entfernung aus dem Tierkörper oder durch Ischämien oder andere Störungen in ihrer Ernährung geschädigt sind, durch eine Querschnittsläsion verletzt, welche die Kontinuität des lebenden Sarkolemminhaltes der Muskelfasern an irgend einer Stelle unterbricht. Von der Querschnittsläsion aus beginnt in diesem Falle — offenbar als eine Folge lokaler Reizung — eine Kontraktion und Zerklüftung des Sarkolemminhaltes, indem die Muskelfasern in Ketten annähernd äquivalenter, wachsglänzender Wülste oder Segmente verwandelt werden, zwischen welchen zumeist nur geringe Mengen diskoid zerfallenen Sarkolemminhaltes angetroffen werden. Thoma hat diese eigenartige Form der wachsartigen Umwandlung als anisotonische bezeichnet, um ihre Abhängigkeit von der Ernährungs-



störung des Sarkolemminhaltes zum Ausdrucke zu bringen. Sie findet sich auch bei Verletzungen der bis dahin normal ernährten Muskulatur, wenn die Verletzungen zugleich erhebliche lokale Störungen des Kreislaufes und der Gewebsernährung veranlassen, und ist dann nicht selten mit ausgedehntem diskoiden Zerfalle der Muskelfasern verbunden. Die diskoiden Zerklüftungen, die nur geringere Ernährungsstörungen des Sarkolemminhaltes vorauszusetzen scheinen, beginnen in diesem Falle in der Regel früher als die Bildung der anisotonischen Wülste und Segmente. Außerdem ließ sich mit einiger Wahrscheinlichkeit zeigen, daß eine allgemeine Ernährungsstörung, ein hoher Grad von Unterernährung das Zustandekommen der anisotonischen Zerklüftungen und wachsartigen Umwandlungen der Muskelfasern bei gegebener Querschnittsläsion begünstigt und beschleunigt.

Durch diese Erfahrungen erklärt sich vollständig die sogenannte wachsartige Degeneration der Typhusmuskeln. Wenn diese in allen Einzelheiten die anatomischen Erscheinungen der anisotonen Segmentierungen darbieten, so ist dies durchaus verständlich, da beim Abdominaltyphus die allgemeine Stoffwechselstörung in erheblicher Weise die Ernährung der Muskeln in Mitleidenschaft zieht. Als Querschnittsläsionen aber können in diesem Falle nur Selbstzerreißungen der Muskelfasern in Frage kommen, ähnlich denjenigen, welche bei den Tierversuchen in dem ischämischen Gastrocnemius gefunden wurden. Daß Selbstzerreißungen der Muskulatur beim Menschen vorkommen, ist durch vielseitige Erfahrung festgestellt. Daß sie auch für die wachsartige Umwandlung des Typhusmuskels maßgebend sind, geht aus dem häufigen Vorkommen der wachsartigen Umwandlung in den Adductores femoris und dem Rectus abdominis hervor, welche bei dem Aufrichten der Kranken im Bette stärker beansprucht werden. Dabei sind indessen nicht notwendig ausgedehnte Muskelzerreißungen, die auch dem unbewaffneten Auge erkennbar sind, vorauszusetzen. Zerreißungen einzelner Muskelfibrillen erscheinen bei der schweren Ernährungsstörung des Sarkolemminhaltes als durchaus genügende Querschnittsläsionen für die anisotonischen, wachsartigen Umwandlungen des Typhusmuskels. Wenn die wachsartigen Segmente in letzteren häufig der Doppelbrechung entbehren, so erklärt sich dies aus ihrer allmählich eintretenden regressiven Umwandlung. Diese stimmt, wie die Versuche zeigten, vollständig mit derjenigen überein, welche früher von Thoma für die isotonischen wachsartigen Umwandlungen beschrieben wurde. Sie stellt sich dar als eine hyaline, zuweilen mit Leukozytenimmigration verbundene Quellung der kontraktilen Substanz, welche mit einem Verluste der Doppelbrechung verbunden ist und der Verflüssigung und Resorption vorangeht. Nur die Muskelkörperchen, welche in den wachsartigen Segmenten enthalten sind, bleiben wenigstens zum Teil erhalten und beteiligen sich an den Regenerationsvorgängen, bei denen auch Sprossenbildungen von seiten der unzerklüftet gebliebenen Teile des Sarkolemminhaltes mitwirken können. W. Risel-Zwickau.

Innere Medizin.

Ulrici, H. (Müllrose), Zur Frage der ambulanten Anwendung des Tuberkulins. (Med. Klinik 1912, No. 44.)

W. kommt in seinen Ausführungen zu dem Schlusse, daß die Anwendung der lokalen Tuberkulinproben beim Erwachsenen praktisch-diagnostisch keinerlei Klärung herbeizuführen vermöge, und die ambulante Anstellung der praktischen Probe sei zu widerraten, weil eine Allgemeinreaktion nur eine tuberkulöse Infektion, nicht aber eine tuberkulöse Erkrankung nachweise und erstere nicht von Interesse sei, die Herdreaktion nur ausnahmsweise diagnostische Klärung bringe, und die positive Reaktion erhebliche somatische und praktische Schädigungen hervorrufen könne. Die Tuberkulinbehandlung, die an sich ein zweischneidiges Schwert sei, sei für die allgemeine Praxis nicht zu empfehlen, weil eine sichere Bewertung der verschiedenen Tuberkulinpräparate bisher nicht möglich sei, über die Methodik der



Tuberkulinanwendung große Meinungsverschiedenheit herrsche, die Tuberkulinbehandlung zwar bei der Behandlung der Lungentuberkulose unsere sonstigen therapeutischen Maßnahmen zu unterstützen scheine, indessen ihre Leistungsfähigkeit weder durch pathologisch anatomische Untersuchungen, klinische Erfahrungen und einwandfreie Statistiken genügend sichergestellt sei. R. Stüve-Osnabrück.

Blumenthal, Ferd. (Berlin), **Über die Rückbildung bösartiger Geschwülste durch die Behandlung mit dem eigenen Tumorextrakt.** (Zeitschr. f. Krebsforschung 1912, XI. Band, 3. Heft.)

Es hat eine Zeit gegeben — und für viele ist sie noch nicht abgelaufen —, da überstrahlte die Chirurgie weit alle andern Disziplinen der Medizin. Wie es in dem stolzen Ausspruch heißt: „Die Bataille ist noch nicht verloren, so lange das Regiment der Garde-du-corps nicht angegriffen hat," so gab man auch in der Heilkunst die Hoffnung nicht auf, so lange der Chirurg noch nicht gesprochen hatte. Indessen, es gibt nichts Stationäres hienieden, und so bröckeln auch vom hochragenden Gebäude der Chirurgie immer mehr Steine ab. Die verschiedenen Energieformen, die wir als Licht-Wärme-Kathodenstrahlen zu unterscheiden pflegen, Heißluft- und Organtherapie haben mehr oder weniger große Stücke in Besitz genommen. Nur die Tumoren schienen als eigenste Domäne für das Masser reserviert zu sein. Allein auch in diese Akropolis bemühen sich emsige Forscher, Bresche zu legen.

Schon seit Jahren verfolgt F. Blumenthal den Gedanken, dem Organismus durch Injektionen der eigenen Tumormasse in der Bekämpfung eben dieses Tumors zu Hilfe zu kommen; und in der Tat glückte es ihm, bei einer großen Anzahl von Ratten, welche an Spindelzellensarkomen litten, durch eine einzige Injektion vom Autolysat des eigenen Tumorstammes diese Sarkome zu beseitigen. Nicht alle seine Autolysate waren wirksam. Wann sie aber überhaupt wirksam waren, so waren sie es auch in allen Fällen.

Gewitzigt durch die Erfahrungen mit Tuberkulin und 606 wollen wir uns nun keineswegs zügellosen Hoffnungen hingeben. Aber schon der Schimmer einer Möglichkeit, den bösartigen Geschwülsten wirksam und schonend, ohne verstümmelnde Eingriffe, beizukommen, wird jeden mit Freude erfüllen und emsige Forscher auf den Plan locken. Buttersack-Berlin.

Curschmann, H. (Mainz), **Über Osteomalacia senilis und tarda.** (Mediz. Klinik 1911, No. 41.)

An der Hand einiger markanter, teils Frauen teils aber auch Männer betreffender Fälle von Osteomalacie im höheren Lebensalter weist C. darauf hin, daß das selten erkannte Leiden anscheinend häufiger ist, als man vermuten sollte. Charakteristisch für das Leiden ist im Gegensatz zur puerperalen Osteomalacie ein sehr schleichender Beginn, und ein vorzugsweises Befallensein des Brustkorbes, der Wirbelsäule und der Oberschenkel, wohingegen eine Beteiligung des Beckens vollkommen in den Hintergrund tritt. Es besteht ferner ein oft sehr intensiver Spontanschmerz und Druckschmerz am Brustkorbe, es folgen ein Zusammensinken des Rumpfes (epigastrische Querfalte auch bei Mageren), und sekundäre Muskeltraktionen. Spontanfrakturen hat C. nicht beobachtet. Die oft überraschend erfolgreiche Therapie besteht in der lange Zeit hindurch fortzusetzenden Darreichung von Phosphor, in Form des bekannten Phosphoröls (0,01/100), mehrmals (3 bis 5 mal) täglich ein Kaffeelöffel voll. — Ätiologisch ist über die Krankheit nichts sicheres bekannt, anatomisch ist sie nach neueren Anschauungen identisch mit Rachitis. R. Stüve-Osnabrück.

Lauritzen, Marius (Kopenhagen), **Die Indikationen der Anwendung der Haferkur bei Zuckerkranken.** (Ztschr. f. physikal. u. diätet. Therapie 1912, XVI. Band, S. 217—227.)

Die Haferkur paßt für die mittelschweren Fälle, dagegen nicht für schwere Fälle und Koma; ebenso auch nicht für leichte Fälle ohne Azetonurie. Buttersack-Berlin.



Marfan u. Lagane (Paris), Arsenobenzol und Masern. (Soc. de biologie 1912, 30. März.)

Injektionen von 606 — warum bleibt man eigentlich nicht bei dieser Bezeichnung? — während des Inkubationsstadiums der Masern blieben auf deren Verlauf ohne Einfluß. Buttersack-Berlin.

Plate, Erich (Hamburg). Technisches zur Behandlung der chronischen Arthritiden. (Med. Klinik 1911, No. 43.)

Der Aufsatz enthält verschiedene praktische Vorschläge spezieller Art über Apparate und Vorrichtungen, wie sie für die Behandlung von Kranken mit chronischen Gelenkerkrankungen sich nützlich und praktisch erwiesen haben. Da die mitgeteilten Dinge aber ohne die Abbildungen schwer wiederzugeben sind, so müssen Interessenten auf das Original verwiesen werden.

R. Stüve-Osnabrück.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Linke (Wiederau), Die Bedeutung der Eierstöcke für die Entstehung des Geschlechtes. (Med. Klinik 1912, Nr. 44.)

E. von Seligson hatte die Theorie aufgestellt, daß den rechtsseitigen Geschlechtsdrüsen (Testes und Ovarien) die Anlieferung männlicher, den linksseitigen die weiblicher Individuen zufiele. L. berichtet nun einen Fall, in welchem bei einer Köchin, die bis dahin nicht geboren hatte, nach Entfernung des linken Ovariums wegen einer Dermoidzyste schwanger wurde und mit einem Mädchen niederkam; da es nach der Seligsonschen Theorie hätte ein Knabe sein müssen, so ist der Fall ein weiterer Beweis dafür, daß die Seligsonsche Theorie nicht stimmt. Im übrigen bietet der Fall noch insofern Interesse, als eine Erklärung dafür gefunden wurde, weshalb nicht schon früher trotz regelmäßigen geschlechtlichen Verkehrs Gravidität eingetreten war. Es konnte nämlich festgestellt werden, daß bei der Operation nicht nur das linksseitige Ovarium wegen der erwähnten Dermoidzyste entfernt war, sondern daß gleichzeitig am vergrößerten rechten Ovarium Verwachsungen und Stränge und Abschnürungen gelöst wurden, die durch eine Perioophoritis entstanden sein mochten. Diese Stränge und Abschnürungen hatten offenbar die normalen Funktionen des Ovariums gehindert.

R. Stüve-Osnabrück.

Casalis, G. A., Lipectomy as a Cure for Adiposity and Menstrual Irregularity. (The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1912, XXI. Bd. Jan.)

Die Resektion großer Fettmassen am Bauche ist bekanntlich auch in Deutschland schon wiederholt ausgeführt worden. C. berichtet über zwei derartige Fälle, wo es sich um junge Frauen handelte, die zugleich mit der abnormen Fettablagerung ihre Menstruation verloren hatten. Nach der Operation kam die Menstruation wieder und blieb während der mehrmonatlichen Nachbeobachtung normal, das Allgemeinbefinden wurde ein besseres, und endlich verloren die Frauen noch 10 und mehr Pfund an Körpergewicht, wahrscheinlich eine Folge der wiederhergestellten Ovarialtätigkeit. — Je nach der Konfiguration des Bauches wird ein Längs- oder Queroval reseziert. R. Klien-Leipzig.

Fothergill, W. E., The precise Relationship of Cystocele, Prolapse and Rectocele and the Operations for their Relief. (Brit. Med. Journ. 1912, Nr. 2676, p. 817.)

F. sieht auf Grund seiner Erfahrungen das wichtigste Moment, um Zystozelenrezidive zu vermeiden, darin, daß bei der vorderen Kolporrhaphie nicht, wie üblich, ein Längsoval exzidiert wird, sondern ein Dreieck mit der Basis im vorderen Scheidengewölbe. Nach erfolgter Naht wird dann die Zervix stark nach rückwärts, das Korpus in Anteversionsstellung gedrängt, und es sind keine besonderen Operationen mehr nötig, um diese Stellung zu erhalten.

McDonald, Ellice, Moderately Contracted Pelvis and Induction of Labour. (Journ. of Obst. and Gyn. 1912, XXI. Bd., p. 73.)

Wie in Deutschland nicht alle Geburtshelfer sich von dem Taumel des



modernen Kaiserschnittenthusiasmus haben hinreißen lassen, so erhebt sich auch in Amerika eine gewichtige Stimme für die Beibehaltung der künstlichen Frühgeburt bei mäßig verengten Becken. Hier solle man nicht die Sache darauf ankommen lassen, d. h. gemäß der extrem konservativen Art der Geburtsleitung abwarten, was die Natur fertig bringt oder nicht, und erst dann, wenn die Spontangeburt sich als unmöglich herausgestellt hat, den nunmehr „sekundären" Kaiserschnitt machen. Betrage doch die Gesamtmortalität des Kaiserschnittes nach den größten Statistiken immer noch ca. 6 %, während die künstliche Frühgeburt eine nennenswerte mütterliche Mortalität überhaupt nicht habe und die kindliche nicht beträchtlich höher ist, als die nach terminalen Geburten, vorausgesetzt, daß die Kinder etwa 36 Wochen alt sind. So alt könne man sie aber bei den in Rede stehenden Becken mittlerer Verengerung (d. h. mit einer Konj. vera bis zu 8 cm herunter) werden lassen. Hauptsache sei, Alter und Größe des Kindes und seines Schädels in jedem Falle genau zu bestimmen. — Hierzu gibt McD. eine Reihe von ihm selbst Jahre lang erprobter Untersuchungsmethoden an, die stets zusammen angestellt werden sollen, um zuverlässige Resultate zu erhalten. — McD. geht davon aus, daß bei einer Konj. von 8 cm der Biparietaldurchmesser des Kindes ebenfalls 8 cm betragen darf; das entspricht einem Kindsgewicht von 2500 g bezw. einem Alter von 36 Wochen. Das Kindsgewicht lasse sich zu jeder Zeit der Schwangerschaft nach der Regel von Tuttle berechnen: Zahl der Lunarmonate minus 2, ins Quadrat erhoben und durch 2 dividiert, ergibt das Gewicht in Hunderten von Gramm. Z. B. $(9-2)^2:2 = (7)^2:2 = 49:2 = 2450$ g. Die Dauer der Schwangerschaft bestimmt McD., indem er mittels Bandmaß von dem oberen Rand der Symphyse bis zum Fundus uteri mißt; dabei wird das fundale Ende des Bandmaßes mit dem Daumen an die Palmarfläche des Mittelfingers fixiert, die Finger selbst werden rechtwinklig an den Fundus gehalten. Die gefundene Höhe des Uterus dividiert durch 3,5 ergibt die Zahl der Lunarmonate. Die Methode ist nicht mehr zuverlässig, aber dann auch überflüssig, bei bereits ins Becken eingetretenem Kopf. — Zur direkten Messung des kindlichen Schädels hat McD. in Anlehnung an die von Perret eine Methode angegeben, die sich mit dem gewöhnlichen Beckenzirkel ausführen läßt, nur daß an dessen Knopfenden je zwei Schlingen für Mittel- und Zeigefinger mittels Heftpflasterstreifen angebracht werden. Man stellt nach Entleerung der Harnblase den kindlichen Kopf so sein, daß man den frontookzipitalen Durchmesser zwischen die Zirkelknöpfe bekommt. Die zu machenden Abzüge richten sich nach der absoluten Größe des fr.-okz. D. Bei 11,25 cm beträgt der Abzug 2 cm, bei 11,50 cm, 2,25 cm; bei 12 cm 2,50 cm. Von 84 vor und nach der Geburt gemessenen Köpfen war bei 60 der frontookzipitale Durchmesser richtig gemessen worden. In 17 Fällen betrug die Differenz $^1/_4$ cm, in 6 Fällen $^1/_2$ cm, nur in 1 Fall $^3/_4$ cm; hier hatte der Kopf bereits im Becken gestanden. — McD. betont, daß diese Messungen auch prinzipiell in den Fällen ausgeführt werden sollten, in denen die Geburt über den berechneten Endtermin auf sich warten läßt. Es werde der Tag kommen, an dem ein 10-Pfund-Kind eine Anklage gegen den Arzt, statt ein Gegenstand der Renommage seitens der Erzeuger sein werde. — Als Methode der Wahl zur Einleitung der Frühgeburt bevorzugt McD. die extraamniale Einlegung des Champetier de Ribes-Ballons mit folgender expektativer Geburtsleitung. R. Klien-Leipzig.

Ivens, Frances, Retroversion of the Uterus treated by Gilliam's Round Ligament Ventrisuspension. (Brit. Med. Journ. 1912, Nr. 2676, p. 819.)

Die Gilliamsche Operation besteht darin, daß nach kleiner medianer Laparotomie beiderseits mittels einer scharfen Gefäßklemme, die von außen durch Rektusscheide, Rektus und Peritoneum hindurchgestoßen wird, jederseits eine Schlinge des Lig. rot. hervorgezogen und auf die äußere Rektusscheide aufgenäht wird. Die Operation deckt sich also mit der Doléris-Schautaschen. — Die oft geäußerten Bedenken, daß bei dieser Opera-



tion gerade der dünnste Teil der Ligamente zur Verkürzung verwendet werde, werden durch einen längere Zeit nach der Operation gemachten Sektionsbefund zerstreut: das eine Ligament war losgegangen, das andere, fixiert gebliebene, war dagegen um etwa das sechsfache hypertrophiert. I. hatte durchweg gute Resultate, auch bei mit Retroversio einhergehender Dysmenorrhoe. R. Klien-Leipzig.

Köhler, Robert (Wien), **Kutanreaktion bei Sepsis puerperalis.** (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 35, p. 153.)

Analog der von Pirquet für Tuberkulose angegebenen Kutanreaktion versuchte K. beim Puerperalfieber die Kutanreaktion auszubilden. Die angewandte Technik entsprach der von Pirquet. Zur Impfung wurden benutzt Bakterienaufschwemmungen, sterilisierte und filtrierte Bouillonkulturen. Er fand, daß durch die intrakutane Einverleibung von Streptokokkenantigen sich bei Sepsis puerperalis, verursacht durch Streptokokkeninfektion, eine Hautreaktion erzielen läßt, die in diagnostischer und prognostischer Beziehung verwertet werden kann. Die Reaktion ist auf solche Fälle beschränkt, bei welchen der Streptokokkus im Blute nachgewiesen werden kann. Bei prognostisch ungünstigen, zum Tode führenden Fällen fehlt die Reaktion auch bei positivem Streptokokkenbefund im Blute; gelingt es in diesen Fällen eine Besserung zu erzielen, so kehrt die Reaktion wieder.

Frankenstein-Cöln.

Psychiatrie und Neurologie.

Babák, Über den Einfluß des Nervensystems auf die Pigmentbildung. (Zentralbl. f. Physiologie 1912. Bd. XXV. Nr. 23.)

Zusammenfassung:

„Unsere, schon 1910 größtenteils vollführten Untersuchungen, sind, insbesondere was die Pigmentreduktion bei dauernd kontrahierten, die Pigmentvermehrung bei den dauernd expandierten Chromatophoren betrifft, ganz unzweideutig. Es handelt sich ohne Zweifel um zweierlei trophische, einander entgegengesetzte Innervationseinwirkungen auf die Chromatophoren, an die entgegengesetzten Pigmentverschiebungen oder Chromatophorenbewegungen gebunden." K. Boas-Straßburg i. E.

Rupprícht (Bern), **Beitrag zur Spielmeyer-Methode der Markscheidenfärbung und zur Aufklebetechnik von Gefrierschnitten.** (Zeitschr. für wissenschaftl. Mikroskopie u. f. mikroskop. Technik 1912. Bd. XXVIII. S. 281.)

Verfasser hat das Spielmeyersche Verfahren (vgl. dessen Taschenbuch) folgendermaßen modifiziert:

1. Die Schnitte werden, wie nach den Angaben Spielmeyers, aus der Beize in 70proz. Alkohol gebracht.

2. Daneben hat man sich (nach der Straßerschen Vorschrift) ein Papierband (Naturpauspapier) zurechtgelegt und mit dem Klebmittel (Kollodium: 2 Teile auf Rizinusöl: 1 Teil) — aber nicht allzudünn bestrichen. Verfasser benutzte schließlich mit bestem Erfolge eine Mischung, die mehr Kollodium enthält: also ein Verhältnis von 3 : 1, auch 4 : 1. Dieser Mischung setzt Verfasser $^1/_{10}$ Volumen Alkoholäther (1:7) zu.

3. Hierauf werden die Schnitte auf einen kleinen Streifen Pauspapier aus dem 70proz. Alkohol faltenlos aufgefangen und nachdem man den überschüssigen Alkohol nun hat abtropfen lassen (nicht mit Fließpapier abtupfen!) mit der Schnittseite auf das präparierte Papierband aufgelegt. Hier wird der Streifen durch sehr sanftes Überstreichen mit dem Finger glatt angelegt und vorsichtig abgezogen. Der Schnitt haftet nun ganz glatt und fest am Papierband.

4. Hat man einen oder mehrere Schnitte so übertragen, so bringt man das Papierband auf je 5 Minuten in 80proz. und dann wieder in 70proz. Alkohol.

Nun treten wieder die Vorschriften Spielmeyers in Kraft: die Schnitte kommen in die Farblösung (jedoch besser doppelt so lange als



freie Schnitte), werden differenziert und zur Entwässerung in die Alkoholbrei gebracht. Hier dürfen sie aber nun bis zum 90 proz. Alkohol gelangen, von da ab in Karbolxylol und hierauf werden sie nach dem Strasserschen Verfahren (auf den mit dünner Leimschicht bestrichenen und getrockneten Objektträger wird der Schnitt — aus Karbolxylol — ausgedrückt; im Azetonbad löst sich das Papier; nunmehr Klärung in Karbolxylol; Xylol; Kanadabalsam) auf dem Objektträger abgeklatscht. Das Verfahren kann in mannigfacher Weise vereinfacht und variiert werden. Siehe näheres darüber im Original. Für die großen Schnitte und für Serienschnitte empfiehlt Verfasser bei der Spielmeyermethode die Papierunterlage. Für letztere bedient man sich des Guddenschen Verfahrens (Schalensatz zum einzelnen Auffangen (Abspülen des Schnittes mit der Glaspipette von der Klinge) der Schnitte und versieht das Papierband vor dem Bestreichen in entsprechenden Abständen mit Nummern. Für Großhirn eignet sich dagegen besonders das Aufkleben auf den Objektträger. Einige weitere technische Hilfsmittel, die wohl jeder aus der eigenen Praxis kennt, teilt Verfasser noch mit. Dieselben sind ebenfalls im Original nachzulesen.

K. Boas-Straßburg i. E.

Margulies, A. (Prag), Über die Aktivität des Liquor cerebrospinalis. (Monatsschrift f. Psych. u. Neur., Bd. 31, H. 1.)

Normalerweise besitzt der liquor keine bakteriziden Eigenschaften, auch nicht wenn das Blutserum des betr. die entsprechenden Bakterien abzutöten vermag. Er gewinnt aber in hohem Grade diese Eigenschaft durch Beimengung von Leukozyten. Diese experimentellen Erfahrungen lehren also die Leukozytose des liquor ebenfalls als eine Abwehrmaßregel des Organismus zu betrachten ebenso wie wir es hinsichtlich anderer Teile anzunehmen pflegen. Untersuchungen speziellerer Natur sind bereits im Gange.

Zweig-Dalldorf.

Stender, O. (Riga), Über einen Fall von Tumor des Rückenmarks. (Neur. Ctbl. 1912, H. 6.)

An dem in ausführlicher Weise differential-diagnostisch besprochenen, durch die Operation nicht geretteten, durch die Sektion bestätigten intraduralen Fibrosarkom in der Höhe des 6.—7. Dorsalsegments bedarf der Erwähnung das Fehlen des klassischen Anfangsstadiums des Rückenmarkstumors, des stad. neuralgicum, die Schmerzen traten hier vielmehr erst nach Jahren auf, ferner die trophischen Veränderungen an der medialen Fläche der Wirbelbögen. Die Patellarreflexe kehrten nach der Operation wieder zurück, obwohl die Sektion eine vollständige Leitungsunterbrechung in der Höhe des Tumors ergab. Ein dauerndes Fehlen der Reflexe an den unteren Extremitäten bei supralumbalen Querläsionen involviert also eine anatomische Schädigung des Reflexbogens. Der vorübergehende Ausfall beruht auf einer Tonusherabsetzung des Reflexbogens.

Zweig-Dalldorf.

Bircher, E. (Arau), Zur experimentellen Erzeugung des Morbus Basedowii. (Zentralbl. f. Chir. 1912, Nr. 5.)

Kurze Mitteilung über die positiven Versuche der experimentellen Erzeugung von Basedow durch Einpflanzung von möglichst frischer Thymus eines an Thymushypertrophie oder -persistenz leidenden Menschen in die Bauchhöhle von Hunden, wodurch entgegen den Versuchen Gebeles der Zusammenhang von Morb. Basedow. mit der Funktion der Thymusdrüse bewiesen ist.

M. Schwab-Berlin-Wilmersdorf.

Fuse, O. (Toko-Zürich), Über die striae am Boden des 4. Ventrikels usw. (Neur. Ctbl. 1912, H. 7.)

Die nur dem Menschen zukommenden, in der phylogenetischen Entwicklung mit der Brücke Schritt haltenden Striae med. stehen, wie sich aus den normalen und pathologischen Fällen der hirnantomischen Sammlung in Zürich ergab, im Zusammenhang mit dem gleichseitigen Kleinhirnmark (besonders Nachbarschaft der Flocke), bei Mißbildungen des Kleinhirns können sie demgemäß fehlen und degenerieren bei Defekten.

Zweig-Dalldorf.



Donath, Julius (Budapest), Psychotherapeutische Richtungen. (Med. Klinik 1912, No. 43.)

Der im ganzen geschichtlich gehaltene Aufsatz erörtert den Wert und die Bedeutung des suggestiven Einflusses der mit aller und jeder Therapie verbunden ist und verbunden sein muß, und der den ältesten Ärzten und Philosophen bekannt war, wie beigebrachte Zitate zeigen.

R. Stüve-Osnabrück.

Oppenheim, Prof. (Berlin), Erkältungsätiologie der multiplen Sklerose. (Med. Klinik 1911, No. 39.)

Der Fall, um dessen Begutachtung Oppenheim ersucht worden war, betrifft einen früheren Postboten P. und hat folgende Geschichte. Im Januar oder Februar 1909 hatte dieser Postbote Nachtdienst in einem Arbeitsraum gemacht, in dem eine Temperatur von 40° C herrschte. Aus diesem Raume mußte er morgens gegen 5 Uhr, während er in Schweiß gebadet war, sich unmittelbar und in dünner Bekleidung in eine ungeheizte Packkammer begeben, in der die Temperatur nach seiner Schätzung — 20° (20° Kälte) betrug, um dort eine Reparatur vorzunehmen. In den nächsten Tagen und Wochen hatten sich bei ihm dann allmählich Krankheitserscheinungen entwickelt, die als kribbelnde Empfindungen und Taubheitsgefühl an den Zehen, darauf Bewegungsstörungen an den Beinen und später vorwiegend an den Händen, den Beginn des jetzigen Leidens darstellten. Als besondere Eigentümlichkeit war dem Kranken und seiner Frau aufgefallen, daß eine unmittelbare Folge jenes jähen Temperaturwechsels die gewesen wäre, daß starke Fußschweiße, an denen er bisher gelitten habe plötzlich aufgehört hätten. Am 24. Mai 1909 mußte P. sich krank melden und ist seitdem arbeitsunfähig geblieben. Die weitere ausführlicher mitgeteilte Geschichte des Falles kann hier übergangen werden. — Auf Grund sowohl des Studiums der Akten wie auf Grund einer am 18. Juli (wahrscheinlich 1910) vorgenommenen persönlichen Untersuchung kommt O. zu dem Schluß, daß P. an einer multiplen Sklerose vom cervikalen Typus des Leidens (vorwiegende Beteiligung der Hände) leidet und infolge dieses Leidens vollkommen hilflos ist, insofern als er sich seiner Hände fast gar nicht bedienen kann. Fast alle kompetenten Nervenärzte stimmen darin überein, daß ein heftiger Kälteshok imstande sei, diese Krankheit zu verursachen. Selbst wenn man annähme, daß eine besondere Disposition dazu nötig sei, oder die Hypothese aufstelle, daß die starke Erkältung das Leiden nicht direkt hervorbringt, sondern bereits im Körper vorhandene, aber bis dahin unwirksame Infektionsstoffe zur Aktivität bringt, so kommt es immer darauf hinaus, daß die Erkältung bei einem bis da leistungsfähigen und ohne diese Schädigung vielleicht dauernd erwerbsfähig gebliebenen Individuum eine Krankheit ins Leben ruft, welche eine mehr oder weniger vollständige Arbeitsunfähigkeit bedingt. — Im Hinblick auf die angeführten Tatsachen hält es O. demnach für wahrscheinlich, daß die Erkrankung bei dem P. durch die Einwirkung des jähen Temperatursturzes hervorgerufen worden ist.

R. Stüve-Osnabrück.

Augenheilkunde.

Igersheimer, Über Schädigung der Augen durch Chrysarobin. (Klinisch. Monatsbl. f. Augenheilk 1912, I.)

Es ist eine alte Regel, daß bei der Verwendung von Chrysarobin in der Psoriasisbehandlung der Kopf nicht eingerieben wird, weil sonst leicht Augenentzündungen zustande kommen. Aber auch bei Einhaltung der Regel, daß die Salbe nur bis zur Brust appliziert wird, kommt es gar nicht so selten zu der sogenannten Chrysarobinkonjunktivitis. Beginn meist plötzlich, fast immer doppelseitig. „Die Hornhaut ist intakt." Auffallend ist nun aber der Gegensatz zwischen der Lichtscheu und der als reine Konjunktivalaffektion aufgefaßten Erkrankung. Genaue Untersuchung am Kornealmikroskop ergab nun regelmäßig eine Beteiligung der Hornhaut. Es fand sich tets

eine Aussaat von feinen graulichen oberflächlichen Trübungen, also eine Keratitis punctata superficialis. Das Sehvermögen leidet stark. Die Erkrankung kann sich rasch zurückbilden; die Fleckchen können aber auch bei manchen Kranken noch wochenlang zu sehen sein. Die Iris ist nicht beteiligt. Die Entstehung ist auf dreierlei Weise möglich: erstens durch direktes Eindringen von Salbenteilchen, dann durch kontinuierliche Ausbreitung des Chrysarobins in der Haut (auf dem Lymphwege?), so wie manchmal die Haut in der Umgebung der eingestrichenen Fläche mit einer Dermatitis reagiert und drittens (wohl selten) durch Resorption in den Kreislauf und Ausscheidung durch die Tränen. Enslin-Berlin.

Medikamentöse Therapie.

Kafemann, R. (Königsberg), Zur Entwicklung der medikamentösen Asthmatherapie. (Med. Klinik 1912, 47.)

An Stelle des zwar wirksamen aber „blödsinnig“ und jedenfalls ganz unverhältnismäßig teueren amerikanischen Tuckerschen Geheimmittels zur Bekämpfung des Asthma empfiehlt Kafemann ein ähnliches deutsches Präparat, in welchem aber die stark wirkenden Alkaloide des amerikanischen Mittels, nähmlich Atropin und Kokain durch andere ähnlich wirkende Substanzen (Eumydrin und Alypin) ersetzt sind. Dieses Mittel, das unter dem Namen „Tulisan“ in den Handel kommt und ebenfalls inhaliert wird, besteht aus folgenden Bestandteilen: eine nach bestimmten Verfahren aus Perubalsam hergestellte Inhalationsflüssigkeit 73,59 %, Alypin 0,94 %, Eumydrin 0,47 %, Adrenalinlösung (1:1000) 5 %, Glyzerin 20 %. Tinktur und Apparat zusammen kosten 11 Mk. (3 + 8). R. Stüve-Osnabrück.

Simonstein, Versuche mit dem neuen Schlafmittel Aponal. (Die Allgem. med. Central-Zeitung 1912/11.)

Aponal ist der Ester des tertiären Amylalkohols, hergestellt durch Einwirkung von Harnstoffchlorid auf Amylenhydrat bei Zimmer u. Co., Frankfurt a. M. Anwendung bei idiopathischer Agrypnie, bei Neurasthenie, Hysterie, bei organischen Erkrankungen, wenn Einschlafen durch Schmerz oder Angst erschwert oder hierdurch der Schlaf gestört war, also z. B. bei Herzkrankkrankheiten, Bleikolik, akutem Rheumatismus, Nervenentzündungen, Lungenkrankheiten, Darmkarzinomatose.

Dosis: 1,0, nur in schweren Fällen 1,5—2,0, event. in warmem Tee. Wirkung: Schlaferzielung in 5 Minuten bis spätestens 1 Stunde für 6—8 Stunden; Erwachen mit völlig freiem Kopfe, frisch. Dies namentlich beobachtet und von Wert bei Personen, die ihrem Berufe am anderen Tage nachgehen mußten. Angenehmer Geschmack, keine Nebenwirkungen von seiten des Magens, Darms oder des Herzens, der Nieren. Niemals erstreckte sich die Wirkung, wie z. B. beim Veronal, noch auf den nächsten Tag. v. Schnizer-Höxter.

Hesse E. (Düsseldorf), Eine neue bequeme Form der Bereitung medizinischer Tees. (Med. Klinik 1911, Nr. 45.)

Zur Unterstützung der Behandlung der Gonorrhoe hat H. aus verschiedenen Drogen (Folia urae ursi, Folia bucco, Folia betulae, Zadix Ononidis, Fonct. petroselini, Herba herniariae) in bestimmtem Mischungsverhältnis Extrakte der wirksamen Bestandteile und aus diesen Tabletten herstellen lassen, die zum Gebrauch, d. h. zur Bereitung des Tees nur in einer Tasse heißen Wassers aufgelöst zu werden brauchen. Die Tabletten sind unter dem Namen Cypoteetabletten im Handel.

R. Stüve-Osnabrück.

Stonkuss, Collargol bei Syphilis. (Russki Wratsch 1911, 23.)

Ohne Collargol für ein spezifisches Mittel bei Lues zu halten, hebt Verfasser seine Beobachtungen hervor, die sich auf 22 Fälle beziehen, bei denen primäre und sekundäre Erscheinungen luetischer Provenienz auf 2 % intravenöse Collargolinjektionen zurückgegangen sind.

Schleß-Marienbad.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.



30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.
Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 31. | Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. | 1. August.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Über Hormonal.[1])

Von Dr. R. Mohr, Assistent der med. Klinik zu Leipzig.

M. H.! Seit ca. 2 Jahren befindet sich unter dem Namen „Hormonal" ein angeblich spezifisches Peristaltikhormon im Handel, das nach den Angaben Zuelzers aus tierischen Milzen hergestellt wird. Da das Präparat gerade in letzter Zeit sowohl auf seiten der Internisten als auch der Chirurgen allgemeineres Interesse gefunden hat, so möchte ich Ihnen, zum Teil auf Grund eigener klinischer und experimenteller Erfahrungen, einiges darüber berichten.

Das Präparat stellt, wie Sie sehen, eine braune Flüssigkeit dar und ist in Dosen von 20 ccm zur intramuskulären Injektion in braunen Flaschen mit einem Zusatz von 0,25 % Beta-Eucainum hydrochl., zur intravenösen Injektion eukainfrei in blauen Flaschen im Handel. Es ist behufs Konservierung mit 0,4% Trikresol versetzt; neuerdings wird statt dessen Chloroform verwendet. Die Flüssigkeit ist steril und angeblich auch eiweißfrei. Von dem Hersteller wird empfohlen, am Tage der Injektion ein Purgans, z. B. 2 Eßlöffel Rizinusöl als „Schiebemittel" zu geben.

Wenn ich Ihnen einen ganz kurzen Überblick über die grundlegenden, in Gemeinschaft mit Dohrn und Marxer unternommenen Versuche Zuelzers, die die Herstellung des Präparates veranlaßt haben, geben darf, so möchte ich nur erwähnen, daß diese Autoren ursprünglich einen Extrakt aus der Magenschleimhaut von auf der Höhe der Verdauung stehenden Tieren herstellten, den sie Kaninchen intravenös injizierten. Sie beobachteten, daß durch diese Injektionen bei den Versuchstieren unmittelbar danach einsetzende energische, vom Duodenum zum Rektum verlaufende und mit dem Austritt von Kotballen und Luftblasen aus dem Rektum einhergehende Peristaltik ausgelöst wurde. Später erhielten sie durch Injektion von Milzextrakt im Tierversuch die gleiche Wirkung. Sie benutzten nun ausschließlich die Milz zur Herstellung des therapeutischen Zwecken zugänglich gemachten Präparates.

[1]) Vortrag gehalten auf der 8. Versammlung der „Freien Vereinigung für innere Medizin im Königreich Sachsen" am 12. Mai in Chemnitz.



Über die klinische Prüfung des Hormonals liegt bisher eine große Anzahl Arbeiten vor. Besonders hat Zuelzer über geradezu erstaunliche Resultate berichtet. Er erwähnt Fälle von schwerer chronischer Obstipation, die seit Jahren, ja selbst seit Jahrzehnten spontan keinen Stuhl mehr gehabt hatten, welche selbst durch einmalige Injektion Dauerheilung bis zu fast 2 Jahren zeigten. Er hatte 60—70 % Heilungen zu verzeichnen, die durchschnittliche Dauer der Heilungen betrug $^3/_4$ Jahr. Günstige Dauererfolge sahen eine ganze Reihe anderer Autoren (Saar, Kauert, Glitsch, Forkel, Mächtle u. a.). Unter ihnen stellte hauptsächlich Pfannmüller als Indikation besonders die atonische Form der chronischen Obstipation auf, während er bei der sog. spastischen Form keine günstigen Erfolge durch die Hormonaltherapie zu erzielen vermochte.

Auch von seiten der Chirurgen ist das Präparat ziemlich viel, und zwar in intravenöser Applikation, verwandt worden bei akuten Darmparalysen, Ileus usw. (Henle u. a.) Auch prophylaktisch wird es hier nach ausgedehnten Laparotomien angewendet.

Meine klinischen Versuche mit dem Hormonal beschränken sich aus später zu erörternden Gründen nur auf 6 Fälle. Und zwar habe ich es 5 mal intramuskulär bei Fällen von chronischer Obstipation (atonischer Form) angewandt. In 2 Fällen war keinerlei Erfolg zu konstatieren, in den übrigen 3 Fällen eine anscheinende, während der nicht sehr langen Zeit des Krankenhausaufenthaltes anhaltende Besserung, wobei aber der sicherlich nicht zu unterschätzende Einfluß der Veränderung der Diät gegenüber der häuslichen, das psychische Moment des Krankenhausaufenthaltes usw. in Betracht zu ziehen ist. Übrigens ist das Material viel zu klein, um aus ihm irgendwelche weitergehenden Schlüsse über die Wirksamkeit des Präparates zu ziehen. Ich will in diesem Zusammenhange nur noch erwähnen, daß auch Strauß und v. Sabatowski keine therapeutischen Erfolge durch die intramuskuläre Injektion des Hormonals zu erzielen vermochten.

Im 6. Falle, es handelte sich um eine Darmparese mit starkem Meteorismus im Anschluß an eine abgelaufene kruppöse Pneumonie, wurde eine intravenöse Hormonalinjektion (14 ccm) unter allen Kautelen ausgeführt. Die Erfahrungen hierbei veranlaßten mich, von weiteren klinischen Versuchen mit dem Präparate, das in letzter Zeit auch zur Behandlung der chronischen Obstipation von Zuelzer als wirksamer in Form der intravenösen Injektion empfohlen worden war, abzustehen.

Ich komme dabei auf die wichtigste Frage, die der Unschädlichkeit des Hormonals, zu sprechen. Es war besonders von Zuelzer, ebenso von den übrigen Autoren, auch nach intravenösen Injektionen als völlig unschädlich bezeichnet worden. Nur Temperatursteigerungen und gelegentlich ein Schüttelfrost waren danach beobachtet worden. In dem eben erwähnten Falle erlebte ich einen direkt bedrohlichen schweren Kollaps mit kaum fühlbarem Puls und Zyanose, der erst auf reichliche Kampfergaben vorüber ging.

Seit der Publikation dieses Falles sind nun mehrere ebenso schwere Zwischenfälle nach der intravenösen Injektion des Präparates beschrie-



benworden (Kretschmer, F. A. Hesse, Rosenkranz, Frischberg). Auch ein Todesfall ist im unmittelbaren Anschluß an die intravenöse Injektion von 20 ccm Hormonal von Madlener beobachtet worden, ein weiterer wird, wie ich aus persönlichen Mitteilungen entnehme, soeben von Jurasz publiziert. Auf Grund solcher Beobachtungen glaubte ich weitere Versuche am Menschen mit der intravenösen Installation des Präparates, die im Vergleich mit der intramuskulären in bezug auf den Erfolg als die weitaus überlegene gerühmt wurde, und bei akuten Darmlähmungen, Ileus usw. allein in Betracht kommt, nicht mehr verantworten zu können. Aus diesem Grunde und zu dem Zwecke, um exakte Resultate zu erhalten, wie sie naturgemäß durch die klinische Beobachtung, besonders an einer so wechselnden und vielgestaltigen Affektion, wie der chronischen Obstipation, kaum gewonnen werden können, ging ich zur experimentellen Prüfung des Präparates, die bis dahin noch von keiner Seite unternommen worden war, über. Ich führte die Versuche mit Dittler im physiologischen Institute zu Leipzig an einer großen Anzahl von Hunden, Katzen und Kaninchen aus. Wir fanden, um dies vorwegzunehmen, bei der experimentellen Prüfung keinerlei Anhaltspunkte für das Vorhandensein eines spezifischen Peristaltikhormons im Hormonal. Es war dies bei Berücksichtigung der physiologischen Literatur, die Zuelzer anscheinend nicht bekannt war, von vornherein sehr wahrscheinlich, waren doch schon seit Jahren und Jahrzehnten von seiten der Physiologen Versuche mit intravenöser Injektion der verschiedensten Gewebsextrakte, u. a. auch Extrakten aus Magen- und Darmschleimhaut, Milz, Blut, Gehirn, Pankreas usw. unternommen worden, die bis auf Heidenhain zurückgehen und in den letzten Jahren hauptsächlich von Popielski ausgeführt worden sind. Nach Injektion aller dieser Extrakte, ebenso wie nach Injektion von Lösungen von Pepton Witte wurde nun z. T. sehr lebhafte Peristaltik beobachtet, die aber von allen Autoren als sekundäre angesehen wurde, da sie nie isoliert auftritt, sondern von einer Reihe anderer Erscheinungen begleitet ist, unter denen neben einer Verzögerung resp. Aufhebung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes eine meist sehr beträchtliche Herabsetzung des Blutdruckes wohl die konstanteste und am allgemeinsten zu beobachtende ist.

Wir konnten nun in unseren sämtlichen Tierversuchen in der Tat eine eklatante Blutdrucksenkung im unmittelbaren Anschlusse an die intravenöse Hormonalinjektion feststellen, und zwar bereits nach Dosen von 0,1—0,15 ccm pro kg Tier, Dosen, die weit unter den beim Menschen gebräuchlichen liegen. Bei Dosen von 1—2 ccm pro kg Tier beobachteten wir Blutdrucksenkungen bis auf ein Drittel und Viertel des Anfangsdruckes.

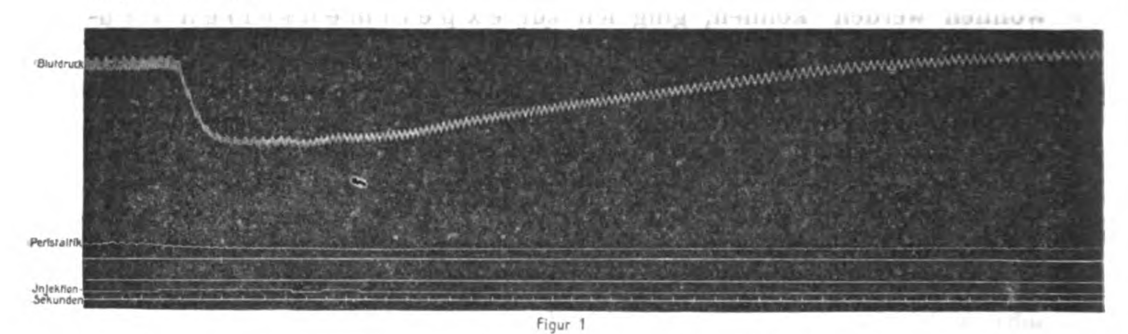
Das eben Gesagte sei an einer Anzahl bei unseren Versuchen gewonnener Blutdruckkurven demonstriert. Dieselben sind an dem Hering'schen Schleifenkymographion aufgenommen; die Karotis der rechten Seite war dabei endständig an das Hg-Manometer angeschlossen, während das Hormonal direkt in die mit Kanüle versehene v. jugularis der anderen Seite injiziert wurde. Hinterher wurde etwas Ringersche Lösung[1]) injiziert, um das Hormonal in der ganzen injizierten Menge in die Zirkulation

[1]) Ringersche Lösung allein machte in Kontrollversuchen keinerlei Blutdrucksenkung.

61*



zu bringen. **Die Blutdrucksenkung ist in allen Fällen eklatant und tritt unmittelbar nach der Injektion auf.** Ich lasse aus äußeren Gründen nur eine der sich im allgemeinen ähnelnden Kurven reproduzieren (Fig. 1). Sie stammt von einer 3600 g schweren Katze, und ist verkleinert. Die Kurve ist von links nach rechts zu lesen. Die unten gegebenen Zeitmarken entsprechen ganzen Sekunden; jede 5. Sekunde ist stärker markiert. In der direkt über den Zeitmarken laufenden Linie findet sich die Hormonalinjektion (5 ccm = 1,4 ccm pro kg Tier) mit der nachfolgenden Ringerinjektion nach Zeit und Dauer verzeichnet. Der Blutdruck sinkt unmittelbar nach dem Beginn der sehr langsam vorgenommenen Hormonalinjektion von 184 auf ca. 120 mm Hg, um allmählich wieder anzusteigen. Peristaltik wird, wie aus der Kurve weiterhin hervorgeht, durch die Injektion in diesem Falle nicht hervorgerufen. Die kleinen Schwankungen sind lediglich Atemschwankungen. Beiläufig sei erwähnt, daß die Peristaltik in allen Versuchen in der Weise aufgezeichnet wurde, daß ein weiches Gummihütchen in den Dünndarm unter allen Kautelen eingeführt und die Kontraktionen durch Luftübertragung nach dem Marey'schen Prinzip verzeichnet wurden, eine Methode, die hinreichend empfindlich war.



Figur 1

Was die peristaltikanregende Wirkung des Hormonals anbelangt, so waren unsere Versuche in dieser Beziehung zum größten Teile negativ. Obwohl in einzelnen Fällen 3 und 4 intravenöse Injektionen hintereinander vorgenommen wurden, so daß die Tiere im ganzen oft über 20 ccm Hormonal erhielten, sahen wir innerhalb einer Beobachtungszeit von 2—3 Stunden nur bei 4 von 13 Katzen eine Peristaltik auftreten. Bei 4 Kaninchen und einem Hunde trat überhaupt kein Erfolg auf. Auf die Methodik dieser Versuche will ich im Rahmen dieser Ausführungen nicht eingehen, sondern nur so viel erwähnen, daß wir neben der Darmbewegung auch den Blutdruck registrierten. Hervorzuheben ist hierbei noch, daß bei den Tieren, bei denen wir kurz nach der Injektion Peristaltik verzeichnen konnten, die Blutdrucksenkung eine besonders ausgeprägte war.

Von Wichtigkeit erscheint ausserdem die Feststellung, daß die Injektion einer minimalen Dosis Adrenalin die Peristaltik sofort völlig zum Schwinden bringt.

Schließlich sei hier noch erwähnt, daß wir an Versuchen am isolierten Darme keinerlei Wirkung des Hormonals feststellen konnten.

Ferner konnten wir eine Verzögerung der Blutgerinnbarkeit im Anschluß an die Hormonalinjektionen beobachten.

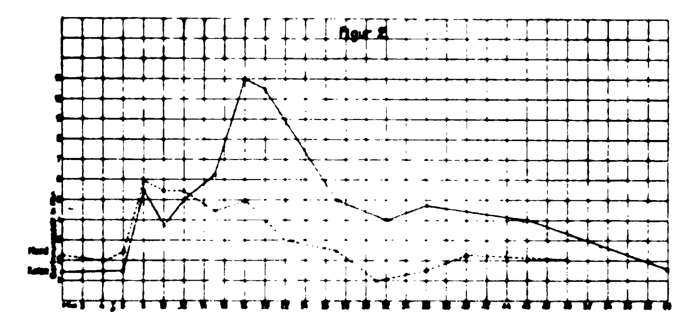
Sie sehen alles Nähere an den Kurven zweier derartiger Versuche (Fig. 2), in welchen der jeweilige Ordinatenwert der nach Minuten bemessenen Gerinnungszeit der vor und nach der Hormonalinjektion entnommenen Blutproben entspricht, während sich die seit der Injektion verstrichene Zeit aus dem Abszissenwert ergibt. Der Moment der Injektion ist mit H bezeichnet und fällt für beide Kurven zusammen.

Der Vollständigkeit halber sei schließlich noch kurz erwähnt, daß wir nach der intravenösen Hormonalininjektion zuweilen bei den



in Narkose befindlichen Tieren starke Aufregungszustände mit Befreiungsversuchen und starken Speichelfluß feststellen konnten.

Wir konnten also durch unsere Tierversuche keinerlei Anhaltspunkte für das Vorhandensein eines spezifischen Peristaltikhormons im Hormonal gewinnen, kamen vielmehr zu der Erkenntnis, daß die peristaltikerregende Wirkung des Hormonals eine rein sekundäre Erscheinung ist, wie sie bei der Injektion der verschiedensten Gewebsextrakte und des Pepton Witte zu beobachten ist, und die nach Popielski abhängt von der bei der plötzlichen Blutdrucksenkung auftretenden Hirnanämie und der Wirkung der dadurch im Blut der Darmgefäße angesammelten CO_2. Der wirksame, allen diesen Gewebsextrakten gemeinsame Körper ist übrigens neuerdings, wie es scheint, von Popielski und Panek isoliert und „Vasodilatin" genannt worden.



Daß durch intravenöse Hormonalinjektionen von seiten der Chirurgen bei akuten Darmlähmungen usw. in einzelnen Fällen anscheinend gute Erfolge erzielt worden sind, soll nicht bestritten werden. Betont muß aber werden, daß ein nur infolge der brüsken Blutdrucksenkung wirkendes Präparat ein zweischneidiges Schwert ist, dem manches Herz nicht gewachsen sein dürfte. Die dadurch hervorgebrachten recht ernsten Kollapse und Todesfälle habe ich bereits kurz erwähnt.

Was endlich die harmlosere intramuskuläre Applikation betrifft, wie sie besonders zur Therapie der chronischen Obstipation scheinbar mit günstigem Erfolge angewandt worden ist, so muß gesagt werden, daß nach den Versuchen v. Sabatowski's, aus dem Popielski'schen Laboratorium, die im übrigen Dittlers und meine Resultate voll bestätigen, am Hunde mit dieser Applikation überhaupt nicht die geringste Einwirkung auf den Darm erzielt worden ist, ebensowenig wie in klinischen Versuchen dieses Autors. Ich kann mich der Ansicht nicht verschließen, daß die erstaunlichen, theoretisch kaum zu erklärenden, speziell bei der chronischen Obstipation erzielten Dauerresultate nicht dem Hormonal, sondern dem gleichzeitig verabreichten „Schiebemittel" und der gleichzeitig vorgenommenen diätetischen Behandlung zuzuschreiben sind, nicht zum letzten wohl auch der Suggestivwirkung auf Neuropathen, bei welchen ja gerade die chronische Obstipation recht häufig zu finden ist.



(Aus der Privat-Frauenklinik von Professor Rosinski, Königsberg i. Pr.)

Ein neuer Apparat zur Anwendung strömender Heissluft speziell für gynäkologische Zwecke. („Rototherm." D. R. P. a.)

Von Dr. med. **Arthur Czyborra,** Assistenzarzt der Klinik.

Jeder Arzt, der sich mit der konservativen Therapie gynäkologischer Erkrankungen befasst, wird die Erfahrung machen, dass speziell auf diesem Gebiete die Erzeugung lokaler arterieller Hyperämie einen hervorragenden Platz als Heilmittel einnimmt. Es ist deshalb versucht worden, dieselbe möglichst rationell und vollkommen hervorzurufen.

Heisse, feuchte Leibumschläge, so wertvoll sie als rein schmerzstillendes Mittel sind, waren im allgemeinen hierzu nicht genügend geeignet, da sich eine sinnfällige Wirkung erst nach längerer Anwendung zu zeigen pflegte. Zudem war wegen der Empfindlichkeit der Bauchhaut die Temperaturhöhe ziemlich beschränkt und konnte auch nur sehr schwer längere Zeit hindurch auf genügend konstanter Höhe gehalten werden. Heisse Einpackungen mit einem Brei aus vulkanischen Erden (Fango usw.) und Wasser zeigten ziemlich erhebliche Temperaturdifferenzen der einzelnen Hautstellen untereinander. Bei heissen Vaginalspülungen konnten zwar wegen der grossen Unempfindlichkeit der Portio und des hinteren Scheidenabschnittes gegen Temperaturdifferenzen relativ hohe Hitzegrade gewählt werden, zumal da der sehr empfindliche vordere Scheidenabschnitt, die Gegend der Harnröhrenausmündung und die Labien durch die bekannte birnförmige Konstruktion des allgemein gebräuchlichen Heisswasserspülers ausgeschaltet wurden. Ihr Nachteil bestand aber in der zeitlich beschränkten Anwendungsdauer.

Alle diese Mängel liessen sich nun meistenteils durch die Verwendung heisser Luft vermeiden. Diese Methode hat denn auch in den letzten Jahren immer mehr Anhänger gefunden und die übrigen Behandlungsarten teilweise in den Hintergrund gedrängt.

Wie es von Ritter[1]) klar ausgesprochen und von den verschiedensten Seiten bestätigt wurde, ist gerade die heisse Luft, wie kein anderes Mittel geeignet, eine arterielle Hyperämie höheren Grades hervorzurufen und eine beliebige Zeit lang zu unterhalten. Mit dieser geht die Erhöhung der Resorptionsfähigkeit Hand in Hand. Darum ist die heisse Luft als ein vorzügliches Resorptionsmittel anzusehen und deshalb dem gynäkologischen Therapeuten äusserst willkommen. Dass sie neben dieser resorptionsfördernden auch eine schmerzlindernde Wirkung — analog der des feucht-warmen Umschlags — entfaltet, macht ihre Anwendung doppelt wertvoll.

In einem auffallenden Gegensatz zu diesen wichtigen und auch genügend bekannten Tatsachen steht eine bisher noch in ziemlich hohem Grade vorhandene Unvollkommenheit der ganzen Anwendungsmethodik und der dazu nötigen Apparate. Der in der Frauenheilkunde am meisten gebrauchte besteht aus einem Behältnis aus wärmeisolierendem Material (Holz, Pappe, Linoleum, Asbest usw.), welches die Partie vom Nabel bis einschliesslich dem proximalen Drittel der Oberschenkel einschliesst. Die zwischen Haut und Kastenwand befindliche Luftmenge wurde auf verschiedene Weise erwärmt. Bier[2]) und

[1]) Ritter: Berliner klinische Wochenschrift, Jahrg. 1909, Nr. 30.
[2]) Bier: „Hyperämie als Heilmittel", Leipzig 1903.
Ders.: Münch. med. Wochenschrift 1899, S. 1599.
Ders.: Festschrift für von Esmarch, Kiel und Leipzig 1893.



Krause[1]) verwandten zur „Heizung" ihrer Kästen die Verbrennungsgase einer Spirituslampe, die vermittelst eines stumpf- oder rechtwinkelig geknickten Schornsteins in das Kasteninnere geleitet wurden. Kellog[2]) benutzte hierzu die von elektrischen Glühlampen erzeugte Wärme, Lindemann[3]) heizte seine sogenannten Elektrotherme durch Spiralen aus Widerstandsdraht, die er an eine elektrische Stromleitung anschloss und variierte die Temperatur durch Veränderung der Stromstärke. Auf ähnlichen Prinzipien beruhen auch die andern Elektrotherme (Stangerotherm usw.).

Die vorher erwähnten Kästen mit Spiritusheizung eignen sich für gynäkologische Zwecke recht wenig. Schreiber[4]) und Rautenberg[5]) haben nachgewiesen, dass an den verschiedenen Punkten des Kasteninneren enorme Temperaturdifferenzen bestehen. Ausserdem erfordern sie wegen der Feuersgefahr und der Regulierung der Flamme fast ständige Ueberwachung. In jeder Beziehung brauchbarer sind die elektrisch betriebenen Glühlampenbögen; allerdings setzen sie das Vorhandensein einer elektrischen Starkstromleitung voraus, da es zu unpraktisch und unrentabel wäre, sie mit Akkumulatoren oder Primärelementen zu speisen.

Während jahrelanger Beobachtungen mit Heissluftkästen der letztgenannten Systeme an dem grossen Material unserer Klinik, machten wir folgende Wahrnehmungen:

Ein genügend starker Grad von arterieller Hyperämie der Haut des Bauches, der Lendengegend und des Rückens liess sich fast immer nur dann erzielen, wenn die Temperatur an allen Punkten des Luftbades mindestens 80° C. betragen hatte und mindestens während 30 Minuten pro Sitzung auf dieser Höhe gehalten wurde. Es traten hierbei regelmässig eine starke Schweisssekretion und leider auch bei einem erheblichen Prozentsatz der Fälle mehr oder minder ausgedehnte Verbrennungen der Haut auf.

Bemerken möchte ich hierzu noch, dass pro Woche regulär 3—4 Sitzungen stattfanden. Die Messungen der Temperatur wurden von uns persönlich mittelst kleiner Maxima-Thermometer ca. $^1/_2$—1 cm über der Bauchhaut vorgenommen. Die vorhin erwähnte Zahl von 80° C. bezieht sich auf die Messungen allein dieser Art; das den Kästen von den Fabriken beigegebene „Deckenthermometer" zeigte dabei oft 120° bis 130° C.

Was die Schweisssekretion anbelangt, so erklärt sich ihr Auftreten vor demjenigen der Hyperämie aus den Gründen, die Hoffheinz[6]) durch die Publikation seiner Versuche über das Verhältnis von Hyperämie und Hyperhydrosis bei lokaler Applikation überhitzter, trockener Luft veröffentlicht hat. Hiernach liegt das Temperaturoptimum für

[1]) Krause: Münch. med Wochenschrift 1898.
Ders: „Über Heissluftbehandlung." Zeitschr. für phys. u. diät. Therapie, Bd. 1.

[2]) Kellog: „Die Anwendung von Wärme nach einer neuen Methode." Fortschritte der Hydrotherapie, Festschrift. Urban und Schwarzenberg, Wien, Leipzig 1897.

[3]) Lindemann: „Ein elektrischer Heissluftapparat." Münch. med. Wochenschrift, Jahrg. 1898, Nr. 46.

[4]) Schreiber: „Über Heissluftbehandlung und Apparate." Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, Bd. V, Heft 2.

[5]) Rautenberg: „Beiträge zur Kenntnis der Heissluftbehandlung." Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, Bd. VI, Heft 9 u. 10.

[6]) Hoffheinz: „Über das Verhältnis von Hyperämie und Hyperhydrosis bei lokaler Applikation überhitzter, trockener Luft." Inaug.-Dissert. Königsberg 1903.



die Hyperhydrosis bei 50 °—60 ° C., der Grad der Hyperämie nimmt jedoch in direktem Verhältnis zur Temperaturerhöhung auch über 60 ° C. gradatim zu. Wir kommen noch später auf diese äusserst wichtigen Tatsachen zurück und gehen vorerst auf die von uns gemachten Wahrnehmungen betreffend die Entstehungen der vorhin als zweiten Nebenwirkung erwähnten Verbrennungen ein, die eine recht unerwünschte Zugabe bildeten. Durch systematisch vorgenommene Messungen und Beobachtungen an 200 Patientinnen konnten folgende Resultate festgestellt werden:

	I.	II.	III.	IV.	V.
a) Grade in Cels.°	50—60°	60—70°	70—80°	80—90°	über 90°
b) Zahl der Patienten	10	16	52	42	80
c) Hyperämie bei:	0	1	3	42	80
d) Schweisssekretion bei:	9	16	52	42	80
e) Verbrennungen 1. Grades bei:	0	0	0	11	39
f) Verbrennungen 2. Grades bei: neben solchen 1. Grades	0	0	0	10	21
g) Erheblich gebessert oder geheilt	0	8	4	42	80
h) Wenig gebessert oder ungeheilt	10	8	48	0	0

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, dass die therapeutische Wirksamkeit analog dem Eintreten der Hyperämie vorwiegend erst mit 80 ° C. begann (conf. c/IV. c/V und g/IV. g/V). Sie bildet demnach einen glänzenden Beweis für die Richtigkeit der von Ritter[1]) ausgesprochenen Ansicht. Von den Patientinnen wiesen nun die in Längsspalte IV. aufgeführten auf 80 °—90 ° C. erhitzten reichlich 25 % Verbrennungen I. Grades und nicht ganz 25 % I. und II. Grades auf, also in Summa 50 %. Bei den in Längsspalte V. aufgeführten, über 90 ° C. erhitzten Frauen stellten sich die Resultate noch ungünstiger, fast 50 % Verbrennungen I. und 25 % I. und II. Grades, also zusammen 75 %. Bedenkt man noch dazu, dass die Applikation von Heissluftbädern mit Fangopackungen, warmen Umschlägen usw. täglich alternierend wechselt — welche Behandlungsart sich empirisch als die rationellste ergeben hat, so erhellt hieraus, eine wie grosse Unbequemlichkeit bezw. Verzögerung der ganzen Behandlung der Patientin aus dem Umstand erwächst, dass die Bauchhaut, die am nächsten Tage die heisse Packungserde oder den heissen Umschlag erhalten soll, vom Heissluftbad tags zuvor, gerötet, geschwellt und z. T. mit Quaddeln und Blasen bedeckt ist.

Genauere Beobachtungen zeigten, dass sich nach Eintritt der Schweisssekretion, die vorerst in Form kleinster ganz gleichmässig über den ganzen Leib verteilter Tröpfchen erscheint, regelmässig folgender Vorgang abspielt:

Die anfangs kleinen Tröpfchen fliessen zu immer grösseren und grösseren zusammen. Ein Teil der abgesonderten Gesamtschweissmenge rinnt seitlich ab, wobei die Haut nicht benetzt wird. Ein andrer Teil jedoch bleibt, besonders auf dem Planum der Leibesmitte in Form kleinerer oder grösserer, unregelmässig-landkartenförmiger Pfützen längere Zeit hindurch stehen *und diese Stellen sind es regelmässig, die später Verbrennungen aufweisen*. Die kleinen, längere Zeit persistenten Schweisspfützen bewirken in ihrer Eigenschaft als heisses Wasser Verbrühungen der Haut,

[1]) Ritter: Berliner klin. Wochenschrift 1909, Nr. 30.
Ders.: Med. Klinik 1906, Nr. 13.



was aus ihrer topischen Koinzidenz mit den Stellen der Verbrennungen einwandfrei hervorgehen dürfte.

Dies nach Möglichkeit zu vermeiden, war das Ziel der von uns vorgenommenen Versuche. Sie verfolgten den Zweck, der Patientin über das für sie so kritische Hyperhydrosis-Optimum von 50—60 ° C. hinwegzuhelfen, mit andern Worten, den Schweiss sofort nach seinem Auftreten durch möglichst selbsttätige Vorrichtungen zu entfernen und dadurch auf sichere Weise sein Stehenbleiben auf der Haut und die hieraus bei weiterer Temperaturerhöhung resultierenden Verbrennungen zu verhüten.

Bürger[1]) spricht in seiner diesbezüglichen Publikation von einem Spiritus-Heissluftkasten nach Dr. Reitler, bei welchem die mit Wasserdampf beladenen Heizgase durch ein dazwischen geschaltetes mit Chlorkalzium gefülltes Rohr getrocknet wurden. Dies sollte offenbar den Zweck verfolgen, die Haut nur mit trockener, flüssigkeitsaufnahmefähiger Luft in Berührung zu bringen. Ob dieser Zweck vollkommen erreicht wurde, erwähnt Bürger nicht. Anscheinend war es wohl nicht der Fall; denn in der nämlichen Arbeit führt er das Einfetten der Haut als ein, wenn auch oft unzulängliches Mittel „gegen die auftretenden Verbrennungen" an.

Runge[2]) empfiehlt zu ihrer Vermeidung, den auftretenden Schweiss sofort mit einem Tuche abzuwischen; hieraus geht hervor, dass auch er den stehenbleibenden Schweiss in einen kausalen Zusammenhang mit den Verbrennungen gebracht wissen will. Das von ihm empfohlene Verfahren des sofortigen Abwischens ist jedoch recht primitiv und wegen Personalbenötigung sowie Wärmeverlust unökonomisch. Wir selbst ersannen zu demselben Zwecke ein anderes, automatisch funktionierendes und rationelleres Verfahren, nämlich die zwangsläufig zu betätigende Zirkulation der im Kasten befindlichen Luftmenge in sich selbst. Als gleichzeitig sehr erwünschte Nebenwirkung wurde eine fast absolute Gleichmässigkeit der Lufttemperatur an allen Punkten des Kasteninneren erreicht. Der oben erwähnte Effekt liess sich durch den Einbau einer Heissluftdusche (Ventilator und Heizkörper) erzielen sowie durch eine besondere Anordnung von Leitungsröhren und in bestimmt variiertem Abstand mit Oeffnungen versehenen Siebblechen derart, dass die in dem ganzen System befindliche Luftmasse

1. durch den elektrischen Heizkörper erwärmt wird (Prinzip des Elektrotherms),
2. durch einen elektrisch betriebenen Ventilator in Bewegung gesetzt wird (Prinzip der Heissluftdusche) und in sich ohne erheblichen Wärmeverlust kursiert und hierbei
3. beim Vorbeistreichen an der Bauchhaut vermöge ihrer grösseren Strom-Volumeneinheit per Sekunde den Schweiss leichter und schneller aufnimmt, als ein und dasselbe, stagnierende Luftvolumen der Heissluftkästen des bisherigen Systems.

Der Schweiss kondensiert sich in der kälteren Ableitungsröhre und

[1]) **Bürger: „Die Heissluftbehandlung gynäkologischer Erkrankungen." Wiener klin. Wochenschr. 1903, Nr. 28.**

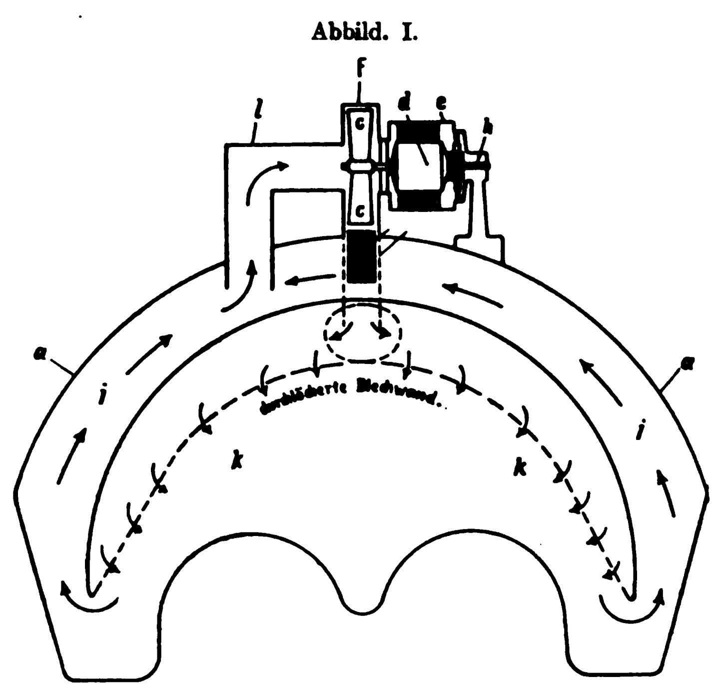
[2]) **Runge: Berliner klin. Wochenschrift Jahrg. 1910, Nr. 23.**



die wieder trockene Luft beginnt ihren Kreislauf von neuem. Hierbei wird die Temperatur an allen Punkten des Kasteninneren wegen der schnellen Luftbewegung eine absolut gleiche und der durch mangelhafte Abdichtung bedingte Wärmeverlust durch das erneute Durchstreichen durch den Heizkörper ersetzt.

Nachstehend eine schematische Zeichnung zur Verdeutlichung des ganzen Prinzips:

Abbild. I.



a) **Äussere Kastenwand.**	f) **Ventilatorgehäuse.**
b) **Heizkörper.**	g) **Heizkörpergehäuse.**
c) **Ventilator.**	h) **Motor-Ventilatorwelle.**
d) **Elektromotor.**	i) **Ansaugerohrsystem.**
e) **Motorgehäuse.**	k) **Auspuffrohrsystem.**

⟵≪ = Strömungsrichtung der heissen Luft.

Die Abbildung stellt einen schematisierten Querschnitt dar. Die Pfeile bedeuten den Weg, den die in dem ganzen System befindliche Luft durch Drehung der Ventilatorflügel c, c vermittelst des Elektromotors d zwangsläufig nehmen muss. Sie tritt aus dem Kasten in das Ansaugerohr i ein, wird durch den Ventilator c, c in das Rohr g hineingepresst, streicht an dem darin befindlichen, glühenden Heizkörper b vorbei, gelangt in das Auspuffrohr k, und von hier wieder in den Kasten und beginnt den Kreislauf von neuem. Die Luftaustrittslöcher des Ansauge- und Auspuffrohres sind, je weiter sie von der Kraftquelle c c entfernt desto häufiger angeordnet, je näher derselben, desto seltener. Hierdurch wird diese Ungleichheit der Entfernung kompensiert und die Schnelligkeit der Luftbewegung überall gleich.

Die Firma Reiniger, Gebbert & Schall, Berlin-Erlangen, hatte uns zur praktischen Erprobung ein derartiges Heissluftbad nach Zeichnungen und näheren mündlichen Angaben verfertigt. Mit diesem Versuchsmodell wurden wegen der Kürze der Zeit damals nur eine geringe Anzahl von Patientinnen behandelt. Bei allen wurde eine genügend

starke Hyperämie erzielt, Verbrennungen traten mit einer Ausnahme, **die** noch später erklärt werden soll, nicht auf.

Die Resultate waren folgende:

		I.	II.	III.
a)	Grade in Celsius	80—85	85—90	über 90
b)	Zahl der Patientinnen	3	2	6
c)	Hyperämie bei	3	2	6
d)	Schweißsekretion bei	0	0	1
e)	Verbrennungen bei	0	0	1

Jedesmal wurden konstatiert:

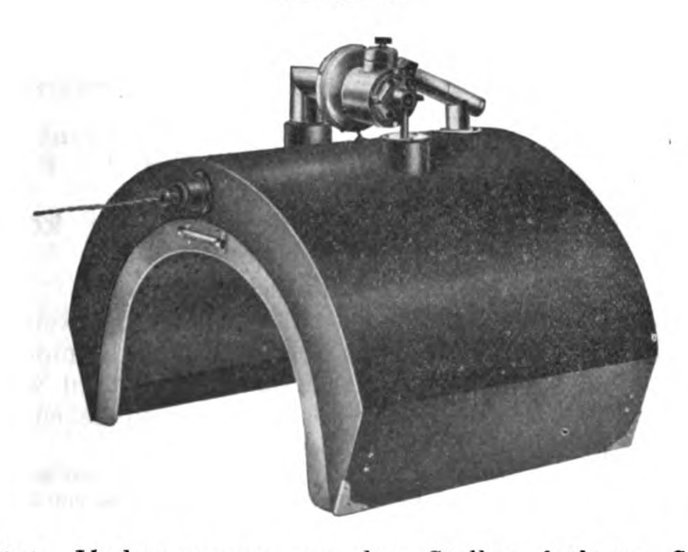
1. Ueberhitzung der Luft an allen Punkten des Kasteninneren auf 80 ° und mehr Grade.
2. Kein subjektiv lästiges Empfinden dieser Temperatur.
3. Absolut gleichmässige Temperaturhöhe.
4. Keine sichtbaren Schweisspfützen und keine Verbrennungen mit einer Ausnahme.

Die in den Querreihen d und e Längsspalte III. angeführte Patientin, welche geschwitzt hat und verbrannt wurde, war zu einem Experiment ausgewählt, um die Richtigkeit der oben mitgeteilten Beobachtungen zu erweisen.

Es wurde mit ihr folgender Versuch angestellt:

	Zeit	Temp.
1. Aufsetzen des Kastens	10^{15}	17 °
2. Anhalten des Ventilators	10^{40}	88 °
3. Sichtbarwerden kleiner Schweisströpfchen	10^{43}	90,5 °
4. Die ersten Schweisspfützen	10^{48}	89 °
5. Abnahme des Kastens	11^{00}	68 °

Abbild. II.



Resultat: Verbrennungen an den Stellen früherer Schweissansammlung. Das Bad ist inzwischen von der Fabrik in einem recht gut durchkonstruierten Modell herausgebracht worden.[1]) Mit diesem haben wir gleich gute Resultate erzielt, wie mit dem Versuchsmodell.

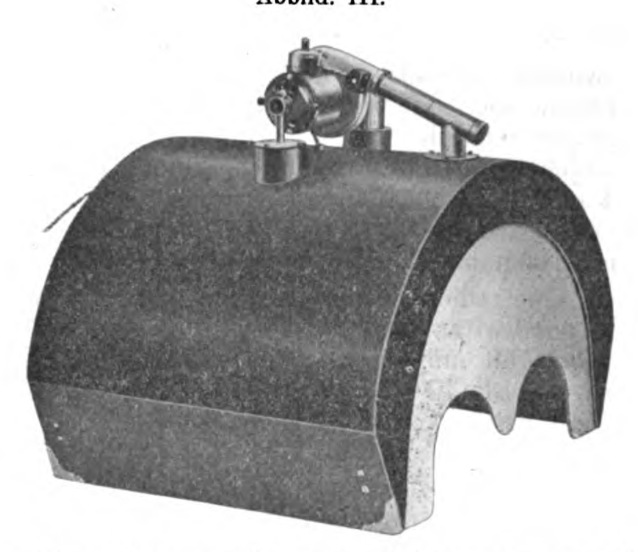
Die beiden Abbildungen II und III veranschaulichen die definitive

[1]) D. R. P. angemeldet.



Konstruktion. Als Krösing[1]) im Oktober 1910 seine guten Resultate mit der vaginalen Anwendung von strömender, trockener Heissluft publizierte, erwähnte er als besonders empfehlenswert die Kombination des elektrischen Lichtbügels und der Heissluftdusche mit Vaginalansatz.

Abbild. III.



Weiteren Versuchen an einem möglichst grossen und vielseitigen Material bliebe es vorbehalten, darzutun, ob die Kombination der letzteren mit dem soeben beschriebenen Apparat sich in der gynäkologischen Heissluftbehandlung dauernd bewähren und eine weitere Vervollkommnung derselben darstellen dürfte.

Aus der chirurgischen Klinik des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. (Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Rehn.)

Chylus im Bruchsack einer eingeklemmten kongenitalen Leistenhernie.

Von med. pract. **Kurt Morgenstern.**

Im Folgenden will ich einen Fall wiedergeben, der weniger in theoretisch-prinzipieller Hinsicht von Interesse ist, als herniologisches Curiosum jedoch verdient, in der Kasuistik registriert zu werden; Herr Dr. Klose führte die Operation aus und war so liebenswürdig, mir den Fall zur Publikation zu überlassen.

Der Pat. Anton Schl., 23 Jahre alt, Fahrbursche von Beruf, hat seit ca. 16 Jahren einen Leistenbruch auf der linken Seite und trägt seit einem Jahre ein Bruchband. Am 30. März 1912, mittags 2 Uhr, etwa 1 Stunde nach dem Mittagessen, während Patient ruhig auf einem Stuhle saß, plötzliches Heraustreten des Bruches unter heftigsten Schmerzen. Angeblich 4—5 mal Kotbrechen. Um 6 Uhr abends Einlieferung in die chirurg. Klinik.

Befund: Allgemeine Konstitution kräftig und gesund. Puls voll, frequent. Temp. axillar 37,6, rectal 38,3. Brustorgane o. B. Am Abdomen zylindrischer Wulst über dem linken Leistenbande, schräg abwärts zum Scrotum verlaufend und an dessen Ansatz endigend. Palpation äußerst schmerzhaft; nicht reponibel. Konsistenz eines

[1]) Krösing: „Die Heissluftbehandlung in der Gynäkologie". Münch. Med. Wochenschrift 1910. Nr. 43.



nicht kontrahierten Muskels. Netz palpatorisch nicht nachweisbar. Perkussion ergibt Dämpfung. Abdomen im übrigen o. B.

Sofortige Operation in Chloroform-Äther-Mischnarkose: Typischer Schrägschnitt über dem linken Leistenband. Isolierung des Bruchsackes nach Spaltung der Faszie des Obliquus externus. Bei Eröffnung des Bruchsackes entleert sich reichlich chylös-milchige, nicht hämorrhagische Flüssigkeit. Von unten her erscheint der linke Hoden durch leichten Zug am Samenstrang in der Bruchsacköffnung. Das Vas deferens ist stark atrophisch. Von oben zeigt sich eine inkarzerierte Dünndarmschlinge. Die Schlinge ist gerötet und erheblich venös injiziert. Die prall gefüllten Chylusgefäße sieht man als weiße, hervorspringende, weit verzweigte und fein verästelte Stränge im engen Anschluß an die Gefäße verlaufen, so daß eine feine, äußerst bunte Zeichnung resultiert. Gangrän ist nirgends nachweisbar. In der Schlinge befindet sich, gleichmäßig auf beide Schenkel verteilt, eine mäßige Menge Darminhalt von breiiger Konsistenz. Der innere Leistenring ist eben für einen Finger durchgängig; er wird durch Inzision erweitert und die Darmschlinge reponiert. Der Hoden wird in das Scrotum zurückgebracht und daselbst durch eine Naht fixiert. Versorgung des Bruchsackes durch Tabaksbeutelnaht. Bauchdeckenvernähung nach Bassini. Jodstrich. Verband.

Bakteriologisch erwies sich das Bruchwasser als steril.

Primäre Wundheilung; am 10. Tage post operationem Entfernung der Nähte; am 17. Tage wurde Patient als geheilt entlassen.

Es handelt sich also im vorliegenden Falle wahrscheinlich um die Ruptur eines gestauten Chylusgefäßes und Chylusaustritt in den Bruchsack hinein, ein recht seltenes Vorkommnis, wie uns die Durchsicht der einschlägigen Literatur bestätigt.

Autoreferate und Mitteilungen aus der Praxis.

Aus der Grazer Dermatologischen Klinik. Vorstand Prof. Matzenhauer.

Erfahrungen mit dem Darmadstringens „Tannismut".

Von Privatdozent Dr. R. Polland.

Unter den Darmadstringentien werden bekanntlich mit Recht die verschiedenen Gerbsäurepräparate wegen ihrer günstigen Wirkung bei Darmkatarrhen und Diarrhoen aller Art geschätzt. Von diesen Präparaten hat sich mir in fast dreijähriger Anwendung weitaus am besten ein von der chemischen Fabrik von Heyden A.G. Radebeul bei Dresden hergestelltes bewährt, das unter dem Namen „Tannismut" als Pulver oder Pastillen in den Handel kommt. Da dieses Mittel im ganzen noch wenig bekannt zu sein scheint, so möge dieser kurze Bericht dazu dienen, die Aufmerksamkeit auf dieses Präparat zu lenken, das eine ausgedehnte Anwendung verdient.

Es ist ein hellbräunliches, trockenes, leichtes, nicht hygroskopisches Pulver und seiner chemischen Zusammensetzung nach doppelt gerbsaures Wismuth, Bismuthum bitannicum, eine glückliche Kombination der beiden wirksamen Mittel. Es hat einen angenehmen, leicht zusammenziehenden Geschmack und kann ohne weiteres Korrigens oder Oblaten genommen werden, am besten in Form der 0,5 grammigen Pastillen.

Auf die günstige Wirkung des Tannismut wurde ich zunächst beim Selbstgebrauch aufmerksam: ich litt nämlich nach einem vor Jahren überstandenen Typhus an einem sehr empfindlichen Darm, mit Nei-



gung zu Durchfällen bei den geringsten Anlässen. Dadurch litt meine Ernährung und es gelang mir nicht, mein Körpergewicht auf die Norm zu bringen. Weil das lange Zeit von mir genommene Tannalbin oft nicht energisch genug wirkte, so mußte ich manchmal zur Opiumtinktur greifen; diese wirkt zwar prompt, aber die darauf folgende Darmlähmung war stets von entschieden ungünstiger Wirkung auf den Darmkatarrh. Durch Gasblähungen kam es einige Male zu Symptomen, die an eine Peritonitis gemahnten.

Dieser Zustand wurde durch den Gebrauch der Tannismut-Pastillen in überraschender Weise gebessert. Fast stets genügte schon eine Pastille, um die Leibschmerzen und Durchfälle zu beheben.

Ja, es gelingt sogar oft, den Darm zu beruhigen, ohne daß es zu einer diarrhoischen Entleerung kommt. Dabei wird natürlich jede Darmlähmung vermieden, die Resorptionstätigkeit wird nicht unterbrochen und der Gasabgang ist nicht behindert. Die katarrhalischen Erscheinungen selbst besserten sich bei mir ebenfalls bedeutend, die Därme begannen wieder normal zu funktionieren und weniger empfindlich zu sein, so daß ich immer seltener zu den Tannismutpastillen greifen muß. Auch habe ich bereits um einige Kilogramm zugenommen.

Seither habe ich auch an der Klinik Tannismut in zahlreichen Fällen von Enteritis und Diarrhöen aus verschiedenen Ursachen mit bestem Erfolg angewendet. Dabei machte ich die Erfahrung, daß es besonders bei gewissen nervösen Durchfällen, an denen manchmal Neurastheniker leiden und die sich dann nach Aufregungen, Ärger Angst usw. oft plötzlich einstellen, sich sehr bewährte. Es sind dies Fälle, bei denen eigentlich keine Erkrankung der Darmschleimhaut entzündlicher Natur vorliegt, sondern lediglich eine nervöse Überempfindlichkeit, die dann gelegentlich zu einer starken Steigerung der Peristaltik und zu reichlicher flüssiger Ausscheidung führt. Dabei erweist sich das Tannismut als sehr vorteilhaft, da es die Peristaltik reguliert und die Sekretion beschränkt, ohne daß man eine ungünstige Beeinflussung der Magen- oder Darmschleimhaut zu befürchten brauchte. Dabei wird jede Darmparese — wie sie nach Opiaten oft auftritt — vermieden, der beruhigte Darm kann seine Resorptionsarbeit leisten und so wird die eingeführte Nahrung ausgenützt, der Ernährungszustand des Patienten gehoben und dadurch auch die Neurasthenie günstig beeinflußt.

Infolge meiner günstigen Erfahrungen wandte ich nunmehr Tannismut auch bei den im Gefolge von Hg-Kuren auftretenden Enteritiden und Durchfällen an, statt des bisherigen Tannalbins und Opiums, und auch hier mit vollem Erfolg, ebenso wie in neuerer Zeit bei Diarrhöen nach Salvarsaninjektionen. Seither wird an der Klinik in solchen Fällen ausschließlich Tannismut angewendet und auch privat pflege ich zu Beginn einer Hg-Kur für alle Fälle stets Tannismuttabletten zu verschreiben. Die Darreichungsweise ist nach meiner Erfahrung am zweckmäßigsten folgende:

Pat. wird angewiesen, nach jeder sehr weichen oder flüssigen Entleerung eine Pastille zu nehmen; ist der Stuhl wieder fest, so braucht nichts eingenommen zu werden. So erreicht man mit einer möglichst geringen Dosis die adstringierende Wirkung, ohne etwa wieder Obstipation befürchten zu müssen, wie dies bei Opiaten so oft vorkommt. Übrigens braucht man sich gegebenenfalls durchaus nicht zu scheuen,

selbst 4—5 g pro die zu verabfolgen; irgendwelche schädigende Nebenwirkungen treten nicht ein.

Ob man das Tannismut bei leerem oder vollem Magen gibt, ist augenscheinlich ziemlich gleichgültig; jedenfalls verursacht es nie irgendwelche Magenbeschwerden, was wohl dadurch bedingt ist, daß sich im Magen nur sehr wenig Tannin abspaltet. (Gottschalk, Dissert. aus dem pharmak. Inst. der Tierärztlichen Hochschule in Hannover 1909.)

Hingegen glaube ich beobachtet zu haben, daß die neutralisierende Wirkung des Wismuths sich bereits im Magen geltend machen kann und zwar auf Grund folgender Wahrnehmung: Ich leide manchmal an Hyperazidität des Magensaftes und infolgedessen gelegentlich an plötzlich auftretenden krampfartigen Magenschmerzen und Sodbrennen. In einem solchen Falle hatte ich einmal kein Speisesoda bei der Hand und nahm auf gut Glück eine Tannismutpastille, deren ich stets einige bei mir führe; in der Tat ließen die Beschwerden bald nach.

Ich kann sohin auf Grund mehrjähriger Erfahrung aussagen, daß wir im Tannismut ein ebenso prompt wie kräftig wirkendes Darmadstringens besitzen, dem insbesondere folgende Vorzüge innewohnen: angenehmer Geschmack, daher ohne Oblaten usw. zu nehmen; keine unangenehme Nebenwirkung auf den Magen, keine Darmparese; keine Angewöhnung.

Auch bei größeren Dosen keine Intoxikationsgefahr; in Gestalt der Pastillen sehr bequem mitzuführen und anzuwenden, dabei sehr haltbar (ich habe 1 ½ Jahre alte Pastillen mit bester Wirkung gebraucht) und schließlich wohlfeil. Diese Vorteile und das in obigen Ausführungen gekennzeichnete ausgedehnte Anwendungsgebiet gestatten es, die Verwendung des Tannismut angelegentlich zu empfehlen.

Die Bedeutung der Lipoide im Serum bei Syphilis.

Von Dr. **Klausner**, Prag.

Die Ursache für das Zustandekommen der vom Autor seinerzeit angegebenen Luesreaktion ist nicht ein vermehrter Globulingehalt des Serums, sondern höchstwahrscheinlich eine Vermehrung von Lipoiden im Blutserum zur Zeit der Allgemeininfektion. In diesem Stadium zeigen alle Seren die für die Reaktion charakteristische Ausflockung.

Die Resultate der Untersuchungen sind folgende: Mit Äther extrahierte Luessera geben nicht mehr die Präzipitation nach Zusatz von destill. Wasser. Diese Sera können ebenso wie normale, nicht ausflockende Sera zur Ausflockung gebracht werden, wenn man ihnen geringe Mengen einer Lipoidlösung zusetzt. Es genügen auch die aus dem Serum extrahierten Lipoidstoffe, um nicht präzipitierenden Seren zugesetzt, eine deutliche Präzipitation zu bewirken.

Die Reaktion ist nicht spezifisch und findet sich besonders stark bei Tuberkulose und bei malignen Tumoren. Ganz in Übereinstimmung mit den interessanten Resultaten S. Bergels macht der Vortragende auf die Tatsache aufmerksam, daß gerade diese Krankheiten, die mit einer Lipoidvermehrung im Serum einhergehen, häufig die Wassermannsche Reaktion geben und so den Schluß gestatten, daß die zur Zeit der Blutinfektion im Serum auftretenden Lipoide eine Bedeutung für das Zustandekommen der Wassermannschen Reaktion haben.

Über jüngste menschliche Entwicklungsstadien.

Von Prof. Dr. **O. Grosser**, Prag,

(Vortrag in der wissenschaftlichen Gesellschaft deutscher Ärzte in Prag am 7. Juni 1912.)

Der Vortragende gelangte in den Besitz eines menschlichen Eies mit wohlerhaltenem, rund 1 mm langem Embryo; die Hälfte der Länge entfällt auf den Primitivstreifen. Im Kopffortsatz desselben findet sich ein sehr deutlich ausgebildeter Chordakanal von 0,2 mm Länge. Im Haftstiel des Embryo verläuft ein schon in Degeneration begriffener Amniongang. In einiger Entfernung vom Embryo ist ein zweiter, sehr enger Gang von 2,4 mm Länge zu finden, der an seinen beiden Enden frei auf der Chorionoberfläche in den intervillösen Raum mündet und von Chorionepithel mit teilweiser syncytialer Umwandlung ausgekleidet ist. Der Binnenraum des Eies ist von sehr reichlichem Magma reticulare erfüllt, das zellfrei ist und Schleimreaktion gibt. Durch das Magma verlaufen Mesodermstränge, in denen stellenweise kleine Entodermcysten liegen. — Aus dem Vergleich der in der Literatur beschriebenen jungen Eier ergibt sich, wie alle Autoren heute annehmen, daß die Amnionhöhle beim Menschen durch Spaltbildung in einer soliden Ectodermmasse auftritt; wenn, wie im vorliegenden Fall, in etwas späteren Stadien ein Amniongang vorhanden ist, so ist er offenbar nachträglich gebildet worden, aber offenbar eine Erinnerung an ältere phylogenetische Zustände, in welchen die Amnionbildung durch Faltung erfolgte, wie noch heute bei einer Reihe von Säugetieren und den Reptilien. Das Magma ist als Interzellularsubstanz des Mesoderms aufzufassen; die Leibeshöhle ist auf die nächste Umgebung des Embryo beschränkt, geht aber bei Embryonen, die älter sind als der von Peters, ohne scharfe Grenze in das Magma über. — Die charakteristischen Züge junger menschlicher Embryonen sind die außerordentliche Kleinheit des Embryonalgebildes gegenüber dem Chorionsack, die innige Verbindung der beiden durch den Haftstiel, der die rudimentäre Allantois enthält, und die mächtige Entwicklung des Chorionepithels, das anscheinend zunächst bis auf eine innerste Lage mit getrennten Zellen durchwegs in ein vielkerniges Syncytium umgewandelt wird; diese Syncytiumschale degeneriert später größtenteils und macht einer sehr starken Wucherung der Schicht mit getrennten Zellterritorien (Cytotrophoblast) Platz, während das Syncytium nur mehr zur Auskleidung der Blutlacunen (i. e. der im Chorionepithel ausgesparten Räume, in denen mütterliches Blut zirkuliert) verwendet wird. Das gewucherte Chorionepithel (Syncytium und Cytotrophoblast) hat die Fähigkeit, die mütterliche Schleimhaut aufzulösen und zu resorbieren und damit dem Ei Platz und Nahrung in reichlichem Maße zu verschaffen. Aber erst nach Ausbildung einer Plazenta mit geregeltem Kreislauf wächst der Embryo rascher und füllt den Chorionsack größtenteils aus.

Über lymphatische Pseudo-Appendizitis.

Von Prof. Dr. **Lieblein**, Prag.

(Verein deutscher Ärzte in Prag, Sitzung 3. Mai 1912.)

Der Vortragende hat in den letzten 2 Jahren unter der Diagnose: akute resp. chronische rezidivierende Appendizitis die Appendektomie in einer Reihe von Fällen vorgenommen, bei welcher sich bei der Operation die Appendix nicht, oder nicht sonderlich verändert zeigte.



Auch die mikroskopische Untersuchung (pathol. anatom. Institut der deutschen Universität in Prag) ergab weder die Zeichen einer akuten Entzündung, noch die Residuen eines abgelaufenen entzündlichen Prozesses. Trotzdem waren diese Appendices nicht normal, insofern, als sie durch eine mächtige Hyperplasie des lymphatischen Apparates ausgezeichnet waren, so daß es nahe lag, diese Hyperplasie mit dem klinischen Bilde in Beziehung zu bringen. Nach den Erfahrungen des Vortragenden wurden von dieser Erkrankung Individuen beiderlei Geschlechtes von ausgesprochenem lymphatischen Habitus im Kindes- oder jugendlichem Alter betroffen.

Diese Fälle entsprechen dem, was Miloslavich vor kurzem als lymphatische Pseudoappendizitis bezeichnet hat. Miloslavich nimmt an, daß durch die Hyperplasie des lymphatischen Apparates und die dadurch bedingte Dehnung der Muskelwand der Appendix eine erhöhte Empfindlichkeit dieses Organes hervorgerufen wird. Klinisch kann sich dieselbe sehr wohl in Erscheinungen äußern, wie wir sie bei der chronisch rezidivierenden Appendizitis, die ohne eigentliche akute Attacken verläuft, zu sehen gewohnt sind. Dagegen ist der Vortragende nicht imstande, die vor ihm operierten Fälle, die unter dem Bilde der akuten Appendizitis verlaufen sind, durch den bei der mikroskopischen Untersuchung erhobenen Befund in befriedigender Weise zu erklären. Es wird da noch weiter des Zusammenwirkens des Klinikers und des Pathologen bedürfen, um mit Sicherheit den Beweis zu erbringen, daß auch in diesen Fällen die lymphatische Hyperplasie der Appendix als die Ursache der akuten klinischen Erscheinungen anzusprechen ist. Auch die Fälle von lymphatischer Pseudoappendizitis sind der operativen Behandlung zu unterziehen. Denn einerseits ist weder in den akuten noch in den chronischen Fällen die Differentialdiagnose gegenüber der echten Appendizitis mit Sicherheit zu stellen, anderseits prädestinieren anscheinend derartige Appendizes zur Erkrankung an wirklicher Appendizitis. Alle Fälle von lymphatischer Pseudoappendizitis, die der Vortragende operiert hat (2 unter dem Bilde der akuten und 6 unter dem Bilde der rezidivierenden Appendizitis), sind glatt geheilt und wie mit einem Schlage von ihren Beschwerden befreit worden.

Referate und Besprechungen.

Innere Medizin.

Crämer, Hofrat Dr. (München), Über Darmatonie einschliesslich der habituellen Obstipation und ihre Behandlung. (Ztschr. f. ärztl. Fortbild. 1912, H. 6.)

Unter Darmatonie versteht Crämer einen Erschlaffungszustand, dem sich leicht eine wirkliche Muskelschwäche hinzugesellen kann, die beide dann zur motorischen Insuffizienz führen. Die Folgen der Atonie sind je nach dem Darmteil der befallen ist, verschieden. Betreffs der Entstehung einer Atonie kommt andauernde starke Belastung durch unzweckmäßige Ernährung in Frage. Bedeutungsvoll für die Entstehung der Erkrankung ist besonders das Coekum mobile, wie überhaupt jede Enteroptose dazu neigt. Nicht ausgeschlossen ist, daß eine Insuffizienz der Valvula ileocoecalis zu einer Vermehrung der Beschwerden beiträgt. Die Folgen der Atonie bestehen in Entwicklung von Gasen, ferner in Störung in der Wasserresorp-



tion. Der Stuhl wird in unfertigem Zustande abgelagert, im Gegensatz zur habituellen Obstipation, wo er in fertigem Zustand in den unteren Darmpartien liegen bleibt, bei ihr kann es daher auch nicht zu Gärungs- und Fäulniserscheinungen kommen. Bei der habituellen Obstipation gibt es sicher spastische Formen, doch deuten diese immer auf Reizzustände. Die Ursache der habituellen O. sieht Cr. neben alimentären Momenten in einer mangelhaften nervösen Einstellung des Kolons und Rektums.

Von Wichtigkeit für die Erkennung der Atonie und Obstipation wäre die häufigere makroskopische Untersuchung des Stuhls. So hat er bei der spastischen O. das Aussehen von bleistiftdicken, wurmähnlichen Gebilden. Nach Besprechung der Peristaltik, der Bedeutung der Gase, die bei der Fortbewegung des Darminhalts eine große Rolle spielen, der Gemüseverdauung und der Kotbildung geht Cr. auf die Symptome ein. Objektiv findet man Veränderungen des Stuhls, vermehrte Gasentwicklung und mangelhaften Gasabgang. Es besteht daher Aufgetriebensein des Leibes mit starker Spannung, Hochstand des Zwerchfells, Symptome, die bei der habituellen Obstipation sämtlich fehlen. Subjektiv klagen die Patienten über pappigen Geschmack, reichliches Luftaufstoßen, Übelkeit, Druck und Vollsein im Magen. Dazu gesellen sich oft Schwindel, Ohrensausen, eingenommener Kopf, starke sexuelle Depression, überhaupt Symptome, die gern als nervöse bezeichnet werden. Sie dürften die Folge von Autointoxikationen durch Nachgärung und Fäulnis im Zoekum und Aszendens sein. Bei der chronischen O. fehlen derartige Symptome fast vollständig. Ihre Symptome zu schildern ist außerordentlich schwer. Wertvoll bei der Darmatonie ist die mikroskopische Untersuchung des Stuhls mittels der Weigert-Escherichschen Färbmethode, die das Vorhandensein von Fäulniserregern sicher anzeigt. Ferner gibt die Perkussion des Abdomen charakteristische Merkmale für Atonie. Die linke Seite ist fast immer mehr oder weniger stark gedämpft. Weiter erinnert Cr. an die Sahlische Desmoidprobe, an die Röntgenuntersuchung und macht besonders darauf aufmerksam, daß bei chronischer O. die Rektaluntersuchung nie zu versäumen ist. Bez. der Prognose ist zu bedenken, daß sowohl die Atonie wie die habituelle O. hartnäckige Leiden sind. Es kommt bei ihrer Behandlung viel mit auf die Mitwirkung des Patienten an. Bei der Darmatonie muß Diät und Gesamtlebensweise geregelt werden. Leicht gärende Nahrungsmittel sind zu vermeiden, Eiweißkost einzuschränken. Die Darmflora muß umgeändert werden. Zur Beseitigung der Fäulniserreger gibt man Milchsäurebakterien und Laktobazillin, was aber nutzlos ist, da dieselben bereits im Dünndarm abgetötet werden, besser ist es durch Milchpräparate, Sauermilch, Kefir, Yoghurt den Nährboden zu ändern. Drastische Abführmittel sind verboten, am besten ist das Rizinusöl in refrakta dosi. Von Klistieren sind die Ölklistiere am geeignetsten. Leichte Massage, Tremolomassage ist gleichfalls von Vorteil. Gegen Spasmen empfiehlt Cr. Atropin oder Tr. Belladonnae (Tr. Strychni, Tr. Belladonnae āā 5,0, Spir. meliss. comp. 10,0. M. D. S. 3 mal täglich 20 Tr. in Pfefferminztee). Gegen katarrhalische Zustände sind Kochsalzwässer früh nüchtern warm getrunken am Platze.

Nicht so einfach ist die Therapie der Obstipation. Harter ausgetrockneter Stuhl wird durch Regulin günstig beeinflußt. Als Grundregel ist genaue Einhaltung der Stuhlzeit zu fordern. Nur Schiebemittel sind erlaubt. Es muß mit Salzwasser-Kamillen oder Seifenwasserklistieren gewechselt werden, alle 3 Tage wird ein Ölklistier gegeben, von Glyzerin ist abzuraten. Besteht Verdacht auf Spasmen, so gebe man fettreiche, nicht reizende Kost. Mit Peristaltikhormon ist ein Versuch zu machen. Bei fehlendem Mastdarmreflex kommt direkte Massage der Ampulla rekti in Frage. Wenn auch Muskelbewegung usw. gute Dienste leisten kann, so muß doch stets erst ihre Wirkung beobachtet werden. Übermaß an Bewegungen ist sicher zu vermeiden. Bei Begleitzuständen, wie Anämien leisten Arsenpräparate gute Dienste. Überhaupt muß stets individuell vorgegangen werden.

F. Walther.



Curschmann, Hans (Mainz), Eine Modifikation der Herzbeutelpunktion. (Therap. Monatsh., Mai 1912.)

Curschmann verwirft die Methoden der Punktion die bisher geübt wurden. Speziell über die Methode nach Dieulafoy sagt er:

Die Dieulafoysche Punktionsstelle liegt schon bei normaler Herzgröße in unmittelbarster Nähe des Herzrandes bezw. der Herzspitze. Wenn wir uns aber vergegenwärtigen, daß mit der Perikarditis so außerordentlich oft eine Endokarditis der Herzklappen oder ein ausgebildeter (älterer) Klappenfehler verbunden ist, so ist es klar, daß wir bei den Punktionen sehr häufig, bei jugendlichen polyarthritischen Individuen, die mehr als zwei Drittel der Punktionsfälle abzugeben pflegen, fast stets ein vergrößertes, in seinem äußeren Rand die Mammillarlinie mehr oder weniger weit überragendes Herz vor uns haben werden. Daher soll man nicht an der Dieulafoyschen Stelle, sondern an einer mehr nach außen und selbst nach unten gelegenen Stelle zu punktieren. Die Vorschrift, weiter unten als im 4. und 5. Interkostalraum zu punktieren, ist dadurch zu begründen, daß in den meisten Fällen erhebliche Mengen des Exsudats unterhalb des Herzens sich ansammeln. Eine besondere Einstichstelle kennen wir mit Heinr. Curschmann nicht. Sie wird aber stets außerhalb der linken Mammillarlinie, etwa in der Mitte zwischen dieser und der vorderen Axillarlinie oder auch näher an der letzteren, in der Gegend stärkster Dämpfung und ziemlich tief im 5., 6., bei tiefstehendem Herzen sogar im 7. Interkostalraum liegen müssen.

Daß C. die von den früheren Autoren so gefürchtete Pleurafalte und die Vermeidung der Pleuradurchbohrung kaum gestreift habe, hat den Grund, daß nach Heinr. Curschmann diese Gefahr nur eine scheinbare, konstruierte war. Wir scheuen eine Durchbohrung der komprimierten Pleurablätter nicht mehr, da wir jetzt aus so reicher Erfahrung wissen, daß sie praktisch ohne jeden Belang ist. Andererseits hat die Furcht vor Verletzung der Pleura zu der den Herzmuskel so gefährdenden intrapleuralen (und intramammillaren) Methode geführt. Wie wenig die Scheu vor der Pleuraverletzung berechtigt ist, zeigen auch die beschriebenen Fälle, in denen die Punktion des Herzbeutels mit Erfolg an der hinteren unteren Thoraxwand ausgeführt wurde. S. Leo.

Blum, L. (Straßburg), Neuere Ergebnisse der Therapie des Diabetes mellitus. (Therap. Monatsh. 1912, April.

B. legt das Hauptgewicht auf die Mehlkuren, weil sie sich im Beginn einer Behandlung verwenden lassen, um Zuckerfreiheit zu erzielen. Sie stellen die einfachste Methode dar, und die schnellste, außerdem haben sie den Vorzug der leichten Durchführbarkeit auch außerhalb des Krankenhauses, der Gefahrlosigkeit bei schwereren Fällen und auch der besseren Bekömmlichkeit. Bei dem bis jetzt üblichen Verfahren wurden allmählich die Kohlehydrate rascher oder langsamer entzogen, wobei die Schwere des Falles, der Grad der Azidose, vor allem auch die Toleranz der Kranken gegenüber Entziehung der Kohlehydrate in Betracht kamen. Ältere Leute sind gegen die Kohlehydratentziehung sehr empfindlich, und, abgesehen von Magendarmbeschwerden, zwingen Allgemeinerscheinungen zuweilen von einer Entziehung abzusehen. Durch eine sachgemäße Mehlkur wird allen diesen Unannehmlichkeiten vorgebeugt. Kohlehydrate enthält die Nahrung reichlich, so daß die Störungen, die auf ihre Entfernung aus der Kost beruhen, nicht auftreten. Die Allgemeinerscheinungen und vor allem auch die Zunahme der Azidose, die Gefahr eines raschen Anwachsens letzterer infolge Kohlehydratentziehung ist wegen reichlichen Gehalts der Kost an Kohlehydraten beseitigt. Die Azidose nimmt meistens ab, zuweilen in recht beträchtlichem Maße. Infolgedessen kann die Zufuhr von Alkalien, die sonst notwendig ist, auf das Mindestmaß beschränkt bleiben; eine Maßregel, die mannigfache Vorteile bietet. Nicht zum geringsten zu veranschlagen ist noch die Tatsache, wie leicht die Kost zu Hause von den Patienten durchgeführt wird. Während die Entziehung außerhalb des Krankenhauses häufig



großen Schwierigkeiten begegnet, wird eine Mehlkur leicht angenommen und auch durchgeführt: sie ist eben etwas neues, etwas anderes, das sich von der gewöhnlichen Kost unterscheidet. S. Leo.

Löwenstein, Ernst (Wien), **Über die ambulante Tuberkulinbehandlung. Die Heilkunde.** (Ärztl. Standesztg. 1912, Nr. 7.)

Der Artikel ist die Wiedergabe eines vom österreichischen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose veranstalteten Vortrages. Wie wir annehmen müssen, aber eine sehr ungenaue Wiedergabe. Denn man liest mit wachsendem Staunen:

„Es frägt sich nun, welches sind die Indikationen der Tuberkulinbehandlung. Bei der ambulatorischen Behandlung empfiehlt es sich, sich viel strikter an die Indikationen zu halten, wie in einer geschlossenen Anstalt, weil der Arzt bei ambulanten Kranken nicht in der Lage ist, die Angaben des Patienten zu kontrollieren und ihn zu überwachen. Früher, da ich als Arzt der Invalidenversicherung in Berlin die Instruktion hatte, nur solche Patienten anzunehmen, bei welchen ich durch eine sechsmonatliche Kur die Wiederherstellung für mindestens 2 Jahre garantieren könne, also eine gebundene Marschroute hatte, da war ich mit der Aufnahme in die Heilstätten bezw. der Einleitung der Tuberkulinbehandlung sehr ängstlich. Jetzt, bei der ambulatorischen Behandlung, bin ich viel weitherziger."

Also: Löwenstein sagte, daß man bei der ambulatorischen Behandlung sich viel strikter an die Indikationen halten soll als in geschlossenen Anstalten. Aber es heißt auch hier: Achte auf meine Worte, nicht auf meine Taten. Denn solange L. in einer geschlossenen Anstalt tätig war, hat er sich ängstlich an die Indikationen gehalten. Jetzt behandelt er ambulatorisch, und ist „viel weitherziger". Jedenfalls ist er sehr offenherzig. Wir können aber doch nicht umhin, die Mahnung auszusprechen, daß man auch bei ambutatorischer Behandlung, wenn man auch nicht den Vorstand der Invalidenversicherungsanstalt zu fürchten hat, die Indikationen streng beobachten muß. S. Leo.

Zuckerkandl, O. (Wien), **Diagnose der Nierentuberkulose. Die Heilkunde. (Ärztl. Standeszeitung 1912, Nr. 6.)**

Der Hauptgrund, weshalb die Nierentuberkulose so oft übersehen wird, ist der, daß im praktischen Leben die Deutung eitriger Harne noch im Argen liegt. Noch immer wird die Reaktion des Harnes zur Differenzierung von eitrigen Nieren — und Blasenprozessen verwertet, was absolut falsch ist. Es gibt alkalischen eitrigen Harn aus der Niere und sauren Harn bei Zystitis. Manchmal wird eine Nierenerkrankung ausgeschlossen, weil renale Elemente fehlen. Der Harn bei renaler Eiterung ist, wenn dies auch nur einigermaßen erheblicher ist, blaß, farblos, in den vorgeschrittensten Fällen weiß. Ferner kommt die Menge des Eiters in Betracht. Bei den kavernösen Phthisen der Niere kommen zeitweilig ganz beträchtliche Eitermengen zur Ausscheidung, wie sie eine Schleimhauterkrankung nie in solcher Masse zu produzieren vermag. Je mehr das Parenchym schwindet, um so ausgeprägter wird die Polyurie, während gleichzeitig die Stickstoffausscheidung perzentuell wie in ihrer Gesamtheit stetig abnimmt. Allerdings gibt es Fälle, in denen alle Zeichen renaler Eiterung zu fehlen scheinen. Die Pyurie ist geringsten Grades, kaum größer als bei leichter Urethritis. Hier muß der stets erheblich erhöhte Eiweißgehalt des Harns den Verdacht erregen, daß der Prozeß doch nicht so ganz harmlos ist. Auch zeigt die längere Beobachtung, daß zeitweilig doch schubweise eine größere Eitermenge zur Ausstoßung kommt. Der Eiter hat mikroskopisch nichts für Tuberkulose Charakteristisches, es sei denn, daß er gewöhnlich keine der gewöhnlichen Eitererreger enthält. Das Vorkommen der Eiterkörperchen zu kleinen Klümpchen geballt, finden wir bei den meisten renalen Eiterungen. Jedenfalls muß bei geringer Eiterung das Vorkommen von diesen Pfröpfen den Verdacht auf einen renalen Prozeß, unter Umständen auf renale Tuberkulose erregen. Das gute Aussehen der Kranken,



die Gewichtszunahmen, die sich bei zweckmäßigem Regime erzielen lassen, das Fehlen erheblicher schmerzhafter Phänomene auch bei schwersten Zerstörungen der Niere, bestärken oft die irrige Auffassung vom benignen Charakter der Krankheit. Die Verkennung der wahren Sachlage hat oft schwere Konsequenzen, so wenn derartigen Kranken auf scheinbare Besserung des Harnes hin der Heiratskonsens erteilt wird; früher oder später offenbart sich dann der deletäre Charakter der Erkrankung. Dabei ist die Diagnose der Harn- resp. Nierentuberkulose ganz leicht zu stellen, vorausgesetzt, daß bei den Pyurien die Tuberkulose als Ursache in den diagnostischen Erwägungen ihre Berücksichtigung findet. Das Publikum müßte in populärer Form über das Vorkommen und die Bedeutung der Tuberkulose der Nieren informiert werden. So wie die Leute bei den Spitzenkatarrhen jugendlicher Kranken an die Tuberkulose der Lungen denken und das Notwendige veranlassen, so sollen sie ebenso wissen, daß eine Zystitis oder Pyurie bei jugendlichen Individuen spontan entstanden, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf eine Nierentuberkulose weist. Ein weniger häufiges, aber prägnantes Initialsymptom ist die plötzlich auftretende profuse Hämaturie jugendlicher, bis dahin gesunder Individuen, der Bedeutung nach in eine Kategorie mit der Hämoptoe zu stellen. S. Leo.

Psychiatrie und Neurologie.

Langelaan, I. W. (Amsterdam), Über die unvollkommen entwickelten Fälle der Basedowschen Krankheit. (Formes frustes du goître exophtalmique Charcot). (Neur. Ctbl. H. 9.)

Bei einer Gruppierung der verschiedenen Fälle von Morb. Basedow hat man zu unterscheiden zwischen solchen bei asthenischer Konstitution und solchen bei anders konstitutionierten oder bei anscheinend normalen Menschen. Die durch eine wahrscheinlich angeborene und in den ersten Lebensjahren zur Entwicklung kommende Atonie des glatten und meist auch des willkürlichen Muskelgewebes, durch eine erhöhte Tätigkeit der inneren Reflexe und erhöhte reflektorische Beeinträchtigung der inneren Organe und Blutgefäße durch Vorstellungskomplexe und stark erhöhte Emotivität charakterisierte asthenische Konstitution (morb. asthenicus Stiller) ist die Äußerung einer Dysthereosis congenita. Alle von L. beobachteten Fälle von „Formes frustes" traten bei Asthenikern auf, so daß die Konstitution die Vorbedingung für die Entwicklung dieser Formen zu sein scheint. Unter Steigerung der asthenischen Beschwerden geht die Asthenie unmerklich in die „forme fruste" über. Beim Abklingen handelt es sich ebenso um eine allmähliche Rückkehr zu dieser Konstitutionsform. Vorbedingung zur Entstehung einer forme fruste bilden die die Asthenie steigernden Einflüsse (Pubertät, Menopause, Überanstrengung). Was diese unvollkommenen Formen von den chronisch verlaufenden Fällen des typischen Krankheitsbildes unterscheidet, ist das Beeinflußbare der Symptome. Besonders hervortreten die kardiovaskulären Symptome, deren Abgrenzung als thyreogene Tachykardie nicht richtig ist. Neben den Änderungen der Sekretion (Schweiß, Darm) ist der asthenische grobschlägige Tremor bemerkenswert. Nur die Teilung in eine typische Form und in formes frustes ist nach Charcots Beispiel berechtigt, der von Stern geprägte Ausdruck Basedowoid ist nur bei einer Ausdehnung auf alle formes frustes statthaft.

Zweig-Dalldorf.

Stoll, Fr. (Galkhausen), Ein Fall von Gehirnverletzung im epileptischen Anfall. (Allg. Ztschr. für Psych. Bd. 69, H. 2.)

Bei der Sektion einer 27 jährigen im Anfall gestorbenen Epileptikerin fand sich ein aus der Spitze des rechten Schläfenlappens herausragendes Holzstück, das nach dem anatomischen Befund seinen Weg von dem Auge durch die fiss. orbit. sup. genommen hatte. Dasselbe erwies sich als der Rest eines Federhalters, welchen Patientin sich 14 Monate zuvor bei einem während des Schreibens sie überraschenden Anfall ins Auge gestoßen hatte.



Es bestand damals Erbrechen, Kopfschmerz und Schwindelgefühl, ferner ein Bluterguß in der rechten Augenhöhle, nach dessen Resorption eine geringe Protrusio und eine ausgeprägte Tieferstellung des rechten Bulbus sowie eine vierzehn Tage anhaltende Abduzensparese sich einstellte. Man diagnostizierte damals einen Schädelbruch mit commotio cerebri. Das Eindringen des Federhalters war durch den Bluterguß verdeckt worden, nach dessen Resorption die Konjunktivalwunde geheilt war. Lokal- oder Fernsymptome seitens des Schläfenlappens waren nicht aufgetreten.

Zweig-Dalldorf.

Tobias, E. (Berlin), Über myasthenische Paralyse und ihre Beziehungen zu den Drüsen mit innerer Sekretion. (Neur. Ctbl. H. 9.)

Ätiologisch kommen kongenitale oder infektiös-toxische Ursachen in Betracht. Klinisch und anatomisch kann man scheiden eine Gruppe mit den klassischen Symptomen ohne anatomischen Befund und eine zweite mit klinischen oder anatomischen Organveränderungen und zwar besonders Neubildungen. Auffällig ist hierbei die häufige Kombination mit Blutdrüsenerkrankungen. Der zeitliche Zusammenhang hinsichtlich des Auftretens der Symptome kann ein ganz verschiedener sein. Ausführlich erwähnt wird Schilddrüse und Thymus. Schwangerschaft übt auf die Pat. mit myasth. P. eher einen günstigen Einfluß aus. Ungewöhnlich ist die Komplikation mit Symptomen seitens der Epithelkörperchen, was T. an einem Fall beobachten konnte. Klar ist die Pathogenese und der anatomische Sitz der Erkrankung jedenfalls noch nicht. Zweig-Dalldorf.

Mundie, G. S. (Frankfurt a. M.), Amyotrophische Lateralsklerose mit Beteiligung der Vaguskerne und der Clarkeschen Säulen. (Neur. Ctbl. H. 10.)

In der Literatur findet sich bisher kein Fall von a. L. mit Beteiligung der Clarkeschen Säulen, die hier anatomisch nachgewiesen werden konnte.

Zweig-Dalldorf.

Sterzing, P. (Hannover), Angeborener einseitiger Defekt sämtlicher willkürlicher, vom N. vago-accessorius versorgter Muskeln (Kernaplasie?). (Neur. Ctbl. H. 10.)

Es handelt sich um ein vollständiges Fehlen des r. M. cucullaris und und st. cl. mastoid. und der Muskeln der r. Hälfte des Gaumens, Schlundes und Kehlkopfes, die sämtlich vom Vagus und Accessorius versorgt werden. Die Ursache ist daher im Gebiet der Nerven zu suchen. Bei dem bisher nicht so selten beobachteten Fehlen der erwähnten Skelettmuskeln hat man stets nur an primären Muskeldefekt gedacht, um so mehr als in keinem dieser Fälle eine gleichzeitige Störung in der Muskulatur des Kehlkopfes und Schlundes hat festgestellt werden können und es ein sicheres Unterscheidungsmerkmal zwischen einer primär im Muskel oder im Nerven liegenden angeborenen Störung nicht gibt. Wie aus den Angaben des Kranken, aus dem Funktionsausgleich durch das Eintreten anderer Muskeln — es war kaum ein Ausfall der Funktion zu bemerken —, aus der Asymmetrie gefolgert werden konnte, handelt es sich um ein kongenitales oder seit allerfrühester Kindheit bestehendes Leiden. Dies im Verein mit dem stationären Bestand, dem Ergriffensein motorischer Nerven oder Nervenanteile, dem Fehlen der elektrischen Erregbarkeit läßt sich mit der Annahme einer Kernaplasie (infantiler Kernschwund Möbius) am besten vereinen, wenn auch das nur einseitige Auftreten immerhin selten ist, meist sind beide Seiten in ungleicher Stärke ergriffen. Eine Kernaplasie im Vagus und Accessorius ist klinisch noch nicht beschrieben und hat anatomisch noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden können. Absolut fest steht die Diagnose auch in diesem Fall nicht. (Literatur.)

Zweig-Dalldorf.

Bardin, Analysis of the blood in fourteen cases of pellagra. (Americ. Journ. of Insanity 1911, Bd. XVIII, p. 271.)

Verf. stellte Blutuntersuchungen in 40 Fällen von Pellagra an. Zu definitiven Ergebnissen kam er nicht. Es scheint eine starke Herabsetzung der roten Blutkörperchen, eine Herabsetzung des Hämoglobingehaltes, dagegen nur eine geringe Veränderung der Leukozyten bei Pellagra vorzukommen. Die polymorph-



kernigen Leukozyten scheinen eine beträchtliche Verminderung zu erfahren, die kleinen Lymphozyten zeigen schwankendes Verhalten, bald Vermehrung, bald Verminderung, die großen Lymphozyten sind fast konstant, aber nur wenig vermehrt, die eosinophilen Zellen beträchtlich vermindert. Große Unterschiede im Blutbilde bestehen in Fällen mit oder ohne Tuberkulose, wie aus folgender Tabelle am besten hervorgeht:

	Tuberkulöse Fälle	Nichttuberkulöse Fälle
Polymorphkernige Leukozyten	vermehrt	herabgesetzt
kleine Lymphozyten	normal oder etwas herabgesetzt	stark vermehrt
große Lymphozyten	vermehrt	etwas vermehrt
Uebergangsformen	no mal	herabgesetzt
Eosinophile Zellen	stark herabgesetzt	vermindert

K. Boas-Straßburg i. E.

Austregesilo, A. proposito de um caso de polinevrite escorbutica. (Über einen Fall von Polyneuritis bei Skorbut.) (Arch. brasil. de med. Anno 1. Nr. 5. S. 935.)

Ausführliche kasuistische Mitteilung eines Falles von Polyneuritis im Anschluß an Skorbut. K. Boas-Straßburg i. E.

Meyerhof, Beiträge zur psychologischen Theorie der Geistesstörungen. III. Teil: **Die Psychologie des Wahns.** (Inaug. Dissertation, Heidelberg 1910.)

Auszug aus einem größeren bei Vandenhoeck und Ruprecht (Göttingen) erscheinenden Werke desselben Verfassers.

K. Boas-Straßburg i. E.

Nolden, Kasuistischer Beitrag zur Paranoia chronica. (Inaug.-Dissertation. Kiel 1912.)

Im Anschluß an einen typischen Fall von chronischer Paranoia gibt Verfasser eine Schilderung der Symptomatologie des Krankheitsbildes.

K. Boas-Straßburg i. E.

Benon (Nantes), Spitalbehandlung akuter und subakuter Geisteskrankheiten. (Presse méd. 1911. Nr. 100.)

Besprechung der Grundzüge der Anstaltstherapie.

K. Boas-Straßburg i. E.

Claude, Syphilis spinalis unter dem Bilde einer multiplen Sklerose. (Bulletin méd. 1912. Nr. 2.)

Der rein kasuistische Inhalt der vorliegenden Arbeit geht zur Genüge aus dem Titel hervor. K. Boas-Straßburg i. E.

Dollinger, J. (Budapest), **Die Behandlung der Trigeminusneuralgien mit den Schloesserschen Alkoholeinspritzungen.** (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 7.)

Im ganzen hat Dollinger 44 Fälle von Trigeminusneuralgien mit Alkoholinjektionen behandelt, nämlich 3 des I., 8 des II., 10 des III., 17 des II. und III. und 6 aller drei Äste. Aus seinen Erfahrungen folgert er, daß die Schlösserschen Alkoholinjektionen imstande sind, schwere Trigeminusneuralgien zu kupieren und für längere Zeit zum Stillstand zu bringen. Meist kommen allerdings die Anfälle in 1—5 Monaten zurück, aber nur ausnahmsweise so heftig wie früher und durch erneute Injektionen wieder zu kupieren. Einige Fälle sistieren schon länger als 1 Jahr völlig. Die Resultate sind jedenfalls nicht schlechter als die der Nervendurchschneidung bezw. Resektion, die Alkoholinjektion als der leichtere Eingriff diesen Methoden also entschieden vorzuziehen. Radikaler ist allerdings die Heilung durch Exstirpation des Gasserschen Ganglions; aber wenn auch speziell darauf eingeübte Chirurgen diese Methode mit geringer Mortalität ausüben, so gehört sie doch, besonders der häufigen starken Blutungen wegen zu den schwierigen Eingriffen, und die Erfolge der Alkoholinjektion schränken ihre Indikation sehr ein. Trotzdem werden immer noch Fälle vorkommen, in denen irgend ein Umstand die rasche völlige Heilung erfordert, und in solchen Fällen werden wir doch die Exstirpation des Ganglion Gasseri empfehlen müssen. M. Kaufmann.



Maas, O. (Buch-Berlin), **Fall von Tabes juvenilis mit anatomischem Befund. (Neur. Zbl. 1912. N. 6.)**

Klinischer und anatomischer Befund eines sehr protrahiert verlaufenen Falles von juv. Tabes, der nur bemerkenswert ist, weil bisher nur ein einwandsfreier anatomischer Befund über das Leiden vorliegt. Unterschiede zu der Tabes der Erwachsenen bestehen nicht, auch klinisch nicht.

Zweig-Dalldorf.

Kinderheilkunde und Säuglingsernährung.

Engel, St. (Düsseldorf), **Säuglingspflege. (Therap. Monatsh., Mai 1912.)**

Die Frage der Säuglingskrankenhäuser darf als gelöst betrachtet werden. Ein Spitalismus ist bei geeignetem Betriebe, bei passender Ernährung, insbesondere auch bei reichlicher Verwendung von Frauenmilch, kaum zu fürchten. Die Kinder werden durch die spezifischen Einflüsse des Krankenhauses nicht geschädigt, und gedeihen kaum schlechter, wie unter den günstigsten Bedingungen der Außenpflege. Nur eines muß betont werden: Die Erfolge werden erkauft durch Aufbietung eines ungewöhnlichen Aufwandes. Was im Hause meist spielend, wie von selbst geht, das muß hier mit Aufbietung des gesamten Rüstzeuges der Wissenschaft und der Krankenhaustechnik erzielt werden. Auch die Kosten sind infolgedessen immer noch unverhältnismäßig hoch. Diese Tatsachen weisen immer wieder darauf hin, daß die Familienpflege des Säuglings gewisse unwägbare Vorteile besitzt, die sich nun einmal im Spital nicht ersetzen lassen, wenigstens dann nicht, wenn das Spital einigermaßen seinen Charakten bewahren und nicht ein Mütterheim werden soll. Angesichts dieser Tatsachen, welche ja ein Analogon zu den unausgleichbaren Unterschieden der natürlichen und unnatürlichen Ernährung darstellen, drängt sich letzten Endes doch die Vorstellung auf, daß man das Kind nicht ungestraft aus dem ihm äquivalenten Milieu herausnimmt. Tut man es, so muß man erhöhte Sorgfalt aufwenden, um es vor Schädlichkeiten zu bewahren. Es ist eben keine leere Redensart, das Wort von der extrauterinen Abhängigkeit des Kindes von der Mutter. Sie besteht nicht nur durch das Band der Brust.

S. Leo.

Raabe, W. (Göttingen), **Über die Durchführung einer milchlosen Kost bei Spasmophilie (Krampfbereitschaft). (Therap. Monatsh., Mai 1912.)**

Betreffs der alimentären Beeinflussung des spasmophilen Zustandes erscheint noch der Satz zu Recht zu bestehen, daß wir in der Kuhmilch den häufigsten akuten Erreger der Spasmophilie erblicken müssen. Daraus folgt, daß diejenige Ernährung die beste ist, die diesen Stoff nur soweit enthält, als es zum ungestörten dauernden Gedeihen des Kindes nötig ist. Es ist klar, daß dieses Nötige an Milch z. B. bei länger dauernder einseitiger Mehlernährung recht viel sein kann, ja mehr sein kann, als vorher bei Entstehung der Krämpfe gegeben worden ist. Die beste Kost dürfte aber diejenige sein, welche die Kuhmilch nicht zu enthalten braucht, und das ist zunächst die Brustmilch mit oder ohne Zufügung einer Mittagsmahlzeit, die namentlich bei älteren Kindern und bei nicht ausreichender Brustmenge ähnlich gestaltet werden muß. Aus diesem Gesichtspunkt heraus scheint es aber auch zweckmäßig, eine milchlose Ernährung anzuwenden, die trotzdem imstande ist sämtliche Bedürfnisse des Säuglings zu decken und ein besseres Gedeihen als vorher zu gewährleisten. Dies ist möglich vom 9. bis 10. Monat an.

S. Leo.

Mayerhofer, Ernst (Wien), **Zur Therapie der Rumination im Säuglingsalter. (Therap. Monatsh. 1912, April.)**

Bei einem 7 Monate alten, nervösen Säugling bestand seit dem vierten Monat anläßlich einer Verdauungsstörung nach dem Abstillen typische Rumination mit konsekutiver Inanition. Der Röntgenbefund sprach gegen einen bestehenden Pyloruspasmus. Durch Verabreichung von rein breiiger Nahrung wurde die Rumination prompt geheilt und



die k o n s e k u t i v e I n a n i t i o n b e h o b e n, w o b e i d a s K i n d in 6 W o c h e n u m 2,91 kg z u g e n o m m e n h a t t e. Wenn wir aus dieser rein klinischen Beobachtung durch Vergleich mit anderen Fällen von Rumination Schlüsse ziehen wollen, so sei hervorgehoben, daß im vorliegenden Falle ein Pylorospasmus nicht anzunehmen ist, da röntgenologisch ein schnelles und ungehindertes Übertreten von Mageninhalt in den Dünndarm festgestellt wurde. Auch die nach Verabreichung b r e i i g e r N a h r u n g auffallende klinische Besserung und prompte Heilung spricht eher für eine Erschlaffung der Cardia als für einen Pylorospasmus, wie ihn F. L u s t in seinem Falle gefunden hatte. S. Leo.

Liefmann, Dr. H. und Lindemann, Dr. A. (Berlin), **Der Einfluss der Hitze auf die Sterblichkeit der Säuglinge.** (Med. Klinik 1911, No. 42.)

Auf Grund von klinischen Beobachtungen, die durch die Ergebnisse einer durch längere Jahre hindurch fortgeführten Statistik wesentlich gestützt werden, kommen die Autoren zu der Anschauung, daß die Säuglingssterblichkeit zur Sommerzeit zum Teil eine direkte und alleinige Folge der Sommerhitze ist. Im einzelnen fassen die Autoren das Ergebnis ihrer Beobachtungen folgendermaßen zusammen. In den heißen Tagen des Hochsommers stirbt ebenso wie im Vorsommer eine Anzahl von Säuglingen an direkter Überhitzung. Das Gleiche ereignet sich in gewissen Fällen auch an kühlen Tagen des Hochsommers, wo die Erkrankungen dann durch die in den Wohnungen herrschende, länger anhaltende Hitze zu erklären sind. — Die größte Mehrzahl der im Hochsommer sterbenden Säuglinge geht an Verdauungsstörungen zu grunde, die z. T. im Anschluß an Hitzeschädigungen durch unzweckmäßige Ernährungen entstehen, z. T. so zustande kommen, daß eine bereits vorhandene Ernährungsstörung infolge der Hitzeschädigung verschlimmert wird und zum Tode führt. Der Tod erfolgt bei allen diesen Erkrankungen durch die Folgen der Ernährungsstörung selbst, infolge interkurrenter Infektionen durch pathogene Keime.

R. Stüve-Osnabrück.

Schick, B. (Wien), **Über die Behandlung des Scharlachs mit Moser-Serum.** (Therap. Monatsh. 1912, April.)

Es ist für die Behandlung des schweren, rein oder vorwiegend toxischen Scharlachs das M o s e r sche Scharlachstreptokokkenserum das einzige Mittel, mit dem man Erfolge erzielen kann. Sch. glaubt nicht, daß das Moser-Serum das ideale Mittel in der Scharlachbekämpfung ist und keiner Verbesserung bedarf, er hält es für das d e r z e i t b e s t e M i t t e l, und es ist ihm nicht bange um seine Zukunft. Die Mißerfolge der meisten Autoren haben ihre Ursache in der Verwendung zu kleiner Dosen, in der unrichtigen Auswahl der Fälle, in der Anwendung minderwertiger Serumsorten und in der willkürlichen Abänderung der Immunisierungsmethoden. Bei Überprüfung der Serumwirksamkeit soll das Urteil nicht auf Grund von Beobachtungen einer nur geringen Anzahl von Fällen abgegeben werden; es ist auch deutlich zu sehen, daß fast alle diejenigen Autoren, die viele Fälle injiziert haben, Anhänger des Moser-Serums sind. S. Leo.

Hals-, Nasen- und Ohrenleiden.

Müller, Richard (Berlin), **Die funktionelle Untersuchung des Vorhofbogengang-Apparates.** (Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. 1912, Nr. 1.)

Der Vorhof-Bogengang-Abschnitt des inneren Ohres ist Sitz des Gleichgewichtsinnes, während die Schnecke dem Gehörsinn dient; zu letzterer gehört der Ramus cochlearis, zu ersterem der Ramus vestibularis des achten Hirnnerven. Die Prüfung des Gehörs wird schon seit langer Zeit geübt, dem „statischen Sinne“ hat man aber erst in den letzten Jahren erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet.

Störungen im Vorhofbogengangapparat haben Störungen des Körpergleichgewichts zur Folge; gleichwohl ist Prüfung des Gleichgewichts und seiner Störungen nicht gleichbedeutend mit Prüfung des Vorhofbogengangapparates,



denn das Gleichgewicht des Körpers hängt noch von einer ganzen Reihe anderer Faktoren ab. Erst in neuerer Zeit gelang es, durch gewisse kräftige Reize Vorhof und Bogengänge unmittelbar zu erregen, und damit war es möglich, ein Urteil über die Funktionsfähigkeit des genannten Ohrabschnittes zu gewinnen. Auf jene Reize stellen sich nämlich beim gesunden Ohr gewisse Folgeerscheinungen ein: Nystagmus der Augen, Reaktionsbewegungen des ganzen Körpers oder nur der Gliedmaßen, Drehempfindung, Übelkeit und Erbrechen.

Am eingehendsten ist bisher der vom Ohr ausgehende Nystagmus studiert worden; er ist stets rhythmisch, d. h. auf eine langsame Hinbewegung des Augapfels folgt eine ruckartig kurze Rückbewegung. Die Richtung bezeichnet man nach der schnellen Bewegung. Der Reiz, durch den vestibulärer Nystagmus ausgelöst wird, kann durch Drehen des Körpers um die senkrechte Achse, durch Wärme, durch Luftdruck oder durch den elektrischen Strom geliefert werden, und dementsprechend unterscheidet man Drehnystagmus, kalorischen, kompressorischen und galvanischen Nystagmus.

Zur Erregung von Drehnystagmus muß sich die Versuchsperson auf einen Drehstuhl setzen, d. h. auf einen Stuhl, dessen Sitz um seinen Mittelpunkt gedreht werden kann. Beim Drehen nach rechts stellt sich horizontaler Nystagmus nach rechts ein, der nach etwa 5 Umdrehungen, falls diese gleichmäßig schnell erfolgen, wieder verschwindet; wird jetzt der Stuhl plötzlich angehalten, so entsteht ein Nachnystagmus, der dem vorigen entgegengesetzt gerichtet ist. Als Ursache dieses Augenzitterns ist eine bei der Drehung wie bei ihrer plötzlichen Sistierung auf Grund des Beharrungsvermögens einsetzende Bewegung der Endolymphe im Bogengangapparat anzusehen, und zwar ist die Richtung des Nystagmus stets entgegengesetzt der Richtung der Endolymphbewegung. Möglicherweise spielen auch Schwankungen des Druckes, den die Endolymphe auf die Sinnesepithel-Stellen des häutigen Labyrinths ausübt, bei der Entstehung dieses Nystagmus eine Rolle. — Zu diagnostischen Zwecken wird lediglich der Nachnystagmus verwendet, weil er viel leichter zu beobachten ist. Als Maß zur Bewertung der Leistungsfähigkeit des untersuchten Bogengangapparates kann man die Dauer des Nachnystagmus benutzen; sie beträgt nach zehn Umdrehungen von je 3 Sekunden Dauer beim Gesunden 40 Sekunden. Auch die Feststellung der zur Hervorrufung von Nystagmus erforderlichen Reizstärke, also die Zahl der hierzu mindestens notwendigen Umdrehungen, könnte als Maß dienen; oder man könnte auch die Intensität des Nystagmus bei einer bestimmten Reizstärke und Reizdauer zu gleichem Zwecke heranziehen.

Das Drehverfahren ist nicht überall anwendbar; es sei nur an bettlägerige Schwerkranke erinnert. Größer ist die Verwendbarkeit von Wärmeeinflüssen; auch ist hierbei die Untersuchung jedes Ohres für sich allein möglich.

Dieser thermische Nystagmus wird durch Spülungen des Gehörgangs mit Wasser von anderer als Körperwärme hervorgerufen, und zwar ist er bei Benutzung von warmem Wasser nach der ausgespülten, von kaltem Wasser nach der entgegengesetzten Seite gerichtet. Körperwarmes Wasser erzeugt keinen Nystagmus. — Auch hier sind Strömungen der Endolymphe in den Bogengängen das auslösende Moment. Sie kommen dadurch zustande, daß die der Spülflüssigkeit am nächsten liegenden Lymphteile erwärmt oder abgekühlt werden: der hierauf sofort einsetzende Ausgleich der Temperaturveränderung im gesamten Lymphgebiet erfolgt auf dem Wege von Strömungen, indem die abgekühlten Schichten zu Boden sinken, während die erwärmten oder die relativ wärmeren aufsteigen. Die Spülung kann man mittels eines Irrigators bei nicht zu hohem Druck vornehmen, das kühle Wasser darf 20—30° C haben, das warme 39—45°. Wo Wasser in den Gehörgang nicht eingebracht werden darf, wie bei Trommelfellrissen oder bei alten Trommelfelldefekten, kann man Luft einblasen, wozu sich der Luftstrahl eines Wasserstrahlgebläses gut eignet.



D r u c k n y s t a g m u s kommt dann zustande, wenn es gelingt, eine Luftdruckschwankung im äußeren Gehörgang auf die Endolymphe einwirken zu lassen und diese dadurch in Bewegung zu setzen. Das ist nur möglich, wenn die knöcherne Labyrinthkapsel eine Öffnung aufweist, also beim Vorhandensein einer Fistel im horizontalen Bogengang. Bei Luftverdichtung im äußeren Gehörgang entsteht dann ein wagerechtes Augenzittern nach der untersuchten Seite hin, man spricht dann von F i s t e l s y m p t o m. Wo es gelingt, durch die Fistel hindurch den häutigen Bogengang mit einer Sonde etwas einzudrücken, entsteht gleichfalls Drucknystagmus.

G a l v a n i s c h e r N y s t a g m u s wird durch den konstanten elektrischen Strom erzeugt. Beide Ohren gleichzeitig prüft man, indem man die Elektroden auf beide Warzenfortsätze aufsetzt; ein Ohr allein galvanisiert man, indem die eine Elektrode auf den Warzenfortsatz, die andere auf das Brustbein aufgedrückt wird. Bei querer Durchleitung des Stroms braucht man an gesunden Ohren 2—4 Milliamperes, bei der anderen Anordnung 10—20 Milliamperes. Hierbei schlägt der Nystagmus stets in der Richtung des elektrischen Stroms, und zwar rufen nicht Öffnung und Schließung des Stroms das Augenzittern hervor, sondern sein gleichmäßiges Fließen oder sein allmähliches An- oder Abschwellen.

Hat man auf die eine oder die andere Weise Nystagmus hervorgerufen, so lassen sich, solange das Augenzittern anhält, an den Muskeln des Rumpfes und der Glieder gewisse R e a k t i o n s b e w e g u n g e n feststellen, die darauf beruhen, daß während des Nystagmus der ständig vom Vorhofbogengangapparat auf dem Wege über das Kleinhirn den Muskeln zuströmende tonisierende Einfluß gestört ist. Hat man z. B. durch kaltes Ausspülen des rechten Ohres einen kräftigen Nystagmus nach links hervorgerufen und stellt nun den Rombergschen Versuch an, so entsteht Schwanken und schließlich Fall nach rechts. Dreht man aber dem Untersuchten den Kopf nach links, so tritt Fall nach vorn ein.

Auch auf einzelne Muskelgruppen kann man die Reaktionsbewegungen beschränken; dies geschieht bei dem sog. Z e i g e v e r s u c h B a r a n y s:

Bei der sitzenden Versuchsperson haben wir durch Spülungen einen Nystagmus nach rechts hervorgerufen. Während dieser besteht, läßt man den rechten Arm des Untersuchten vom Schultergelenk aus wagerecht nach vorn ausstrecken und hält den eigenen Zeigefinger so hin, daß er durch den rechten Zeigefinger der Versuchsperson, deren Augen geschlossen sind, von unten her berührt wird. Jetzt läßt man den gestreckten Arm bis zum Knie senken, und dann fordert man den Untersuchten auf, den Arm wieder so wie vorhin zu heben und erneut des Untersuchers Zeigefinger, der sich noch an der gleichen Stelle befindet, von unten her zu berühren: da weicht der Arm während des Hochhebens deutlich nach links ab, er zeigt am Zeigefinger des Untersuchers nach links vorbei.

Abweichungen der Prüfungsergebnisse von dem, was am gesunden Ohre bei der entsprechenden Prüfung als Resultat zu erwarten ist, lassen — mit gewissen Einschränkungen — den Schluß zu, daß der untersuchte Vorhofbogengangapparat krankhaft verändert ist, und wenn dann gleichzeitig über Beschwerden, die mehr in das Gebiet des Ramus cochlearis nervi acustici fallen, geklagt wird (Schwerhörigkeit, subjektive Geräusche), so haben wir einen Anhalt, auch diese als auf wirklicher Schädigung des Schneckenapparates beruhend anzusehen. Die geschilderten Versuche können noch nicht als abgeschlossen gelten, aber es steht zu hoffen, daß die Prüfungen im Laufe der Zeit immer mehr Wert für unsere diagnostischen Zwecke gewinnen werden, zumal es sich bei dem Nystagmus um Erscheinungen handelt, die von dem subjektiven Zutun des Untersuchten, von seinem Willen, gänzlich unabhängig sind. Autoreferat.

Hinsberg (Breslau), Zur bronchoskopischen Fremdkörperextraktion bei Kindern. (Zeitschr. f. Ohrenheilk., 64. Bd., 4. Heft, S. 325.)

Die Bronchoscopia superior führt häufig, namentlich bei Kindern, zu Stenose-Erscheinungen, die nachträglich den Kehlkopfschnitt notwendig



machen. Die anatomische Grundlage dieser nachfolgenden Verengerungen ist in subglottischer Schwellung zu suchen, hervorgerufen durch den Druck des Rohres, das entweder zu dick war oder zu lange liegen blieb oder zu oft eingeführt wurde. Als prädisponierendes Moment kann hinzukommen, daß durch den wiederholten Anprall des beweglichen Fremdkörpers in der Luftröhre gegen die untere Fläche der Stimmbänder bereits eine subglottische Schwellung vorhanden war; auch eine Konstitutionsanomalie, z. B. exsudative Diathese, kann das Auftreten der Schwellung begünstigen.

Hieraus ergibt sich, daß nur der Geübte die obere Bronchoskopie versuchen soll, und daß auch er, wenn ein kurzer Versuch nicht zum Ziele führt, ebenso wie der weniger Geübte von vornherein, den Kehlkopfschnitt ausführen und an ihn die Bronchoscopia inferior anschließen soll. Dies gilt ganz besonders, wenn es sich um quellbare Fremdkörper, z. B. um Bohnen, und um große oder zackige Gegenstände handelt. Bei Kindern unter fünf Jahren soll man überhaupt nur nach Tracheotomie bronchoskopieren, zumal man nach dem Kehlkopfschnitt viel weitere und kürzere Rohre benutzen kann. — Auf diese Weise wurde bei einem 8 Jahre alten Knaben eine Glasperle von 1 cm Durchmesser und $1^1/_2$ cm Länge entfernt.

Trotz der glänzenden Ergebnisse der Bronchoskopie geht ein nicht ganz kleiner Teil der Kinder an Lungenentzündung zu Grunde. Wenn auch die Mehrzahl dieser Todesfälle durch den Fremdkörper selbst verursacht wird, ist doch nicht zu verkennen, daß die Kinder, bei denen die Manipulationen in den Bronchen lange dauern, gerade auch durch die Manipulationen gefährdet sind. Diese Gefahr wird durch den Kehlkopfschnitt wesentlich gemindert, und jeder, der seiner Sache nicht ganz sicher ist, soll daher auf die allerdings elegantere Bronchoscopia superior im Interesse der Sicherheit und der Schnelligkeit der Extraktion verzichten. Richard Müller-Berlin.

Reinsch, Dr., Zur Behandlung der Rhinitis chronica atrophicans foetida insbesondere mit Jodival. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1912, Nr. 8.) (Aus der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik der Akademie, Düsseldorf.)

Bei der Rhinitis chronica atrophicans foetida auf luetischer Ätiologie sieht man von einer antiluetischen Allgemeinbehandlung (Hg + Jod) außerordentlich günstige Erfolge.

Auch bei Fällen von Rhinitis chronica atrophicans foetida auf tuberkulöser Basis erzielt man durch Darreichung von Jod deutliche Erfolge.

Als Jodpräparat empfiehlt sich vor allem das Jodival, weil es auch bei längerem Gebrauch selbst von schwächlichen Personen und Kindern gut vertragen wird. Die gewünschte Jodwirkung tritt schnell ein; Jodschnupfen oder Jodakne wird so gut wie nie beobachtet. Die Jodmedikation braucht niemals wegen Nebenwirkungen ausgesetzt zu werden, wie dies im Gegenteil hierzu beim Jodkalium häufig der Fall ist. Außer bei der Ozaena wurde das Jodival auch in solchen Fällen verordnet, wo eine schnelle Jodwirkung erwünscht war: beim Spätstadium der Lues II und bei Lues III, bei Tuberkulose des Kehlkopfes und Rachens, bei Lupus der Nase und des Rachens; jedoch wurde es auch gelegentlich bei chronischen Pharyngitiden stets mit gewünschter Jodwirkung gegeben.

Augenheilkunde.

v. Hippel, Prof. (Halle a. S.), **Die Aufgaben des praktischen Arztes bei der Behandlung des Glaukoms.** (Ztschr. f. ärztl. Fortbildung 1912, Nr. 6.)

Um die Dauerresultate der Behandlung des Glaukoms festzustellen, hat v. Hippel Erhebungen darüber an seinem Material der letzten 10 Jahre gemacht. Wenn eine strenge Teilung der Glaukome in Gl. simplex und in entzündliches Gl. eigentlich nicht mehr am Platze ist, so hält v. H. eine solche für den praktischen Arzt deshalb für nützlich, weil es sich beim ersteren um eine augenfällige unter stürmischen Symptomen einsetzende Krankheit handelt, während für letztere gerade der Mangel aller derartiger



Zeichen charakteristisch ist. Er berichtet über 29 Patienten mit 47 glaukomatösen Augen der entzündlichen Form und über 36 Patienten mit 69 glaukomatösen Augen der zweiten Art. Wichtig für den Erfolg einer Therapie ist eine möglichst frühzeitige Behandlung. Zur Beurteilung des Erfolges dient das Verhalten der Sehschärfe, des Gesichtsfeldes und des intraokulären Drucks. Die Sehschärfe verfällt zwar bei der entzündlichen Form sehr rasch, kann aber bei rechtzeitiger Therapie wieder hergestellt werden. Beim Glaukoma simplex dagegen nimmt sie sehr langsam ab, die Therapie vermag aber oft kaum eine Besserung zu erzielen. Ausschlaggebende Bedeutung hat besonders beim Gl. simplex das Verhalten des Gesichtsfeldes. Zu seiner Prüfung ist nicht unbedingt ein Spezialist mit besonderem Instrumentarium erforderlich. v. H. gibt für den praktischen Arzt folgende Methode an: Jedes Auge wird für sich geprüft. Der Untersucher setzt sich dem Patienten gegenüber und fordert ihn auf, mit dem rechten Auge das linke, mit dem linken Auge das rechte Auge des Arztes zu fixieren. Letzterer schließt das andere Auge. Nun bewegt der Arzt in einer Ebene, welche den Abstand zwischen Arzt und Patient halbiert, an den Grenzen seines eigenen Gesichtsfeldes die Hand hin und her und nähert dieselbe langsam der gemeinsamen Gesichtslinie von Arzt und Patient. Letzterer hat anzugeben, wann er die Bewegungen der Hand zuerst wahrnimmt. An seinem eigenen Gesichtsfeld hat der Arzt die Kontrolle darüber, ob eine Einschränkung vorliegt oder nicht. Bezüglich der Erhöhung des intraokulären Drucks, die natürlich von großer Wichtigkeit ist, steht dem praktischen Arzt gewöhnlich nicht die nötige Übung zur Verfügung. v. H. konnte nun konstatieren, daß eine große Zahl besonders der nicht entzündlichen Form viel zu spät in Behandlung gekommen ist. Von 69 Augen waren 29 ganz oder fast ganz erblindet und 20 weitere Augen wiesen sehr große Gesichtsfelddefekte auf. Auch die letzteren haben als unheilbar zu gelten, da nicht nur nicht eine bessere Funktion zu erzielen ist, auch die Erhaltung des bisherigen Status ist meist unmöglich. Auch beim entzündlichen Gl. war meist die Behandlung viel zu spät in Angriff genommen worden. Die Endergebnisse der Therapie sind demnach keine befriedigenden. Es ist also unbedingt erforderlich, daß die Patienten im Frühstadium in Behandlung kommen. Dann erst kann unter Kontrolle des Tonometers der Wert der einzelnen Behandlungsmethoden geprüft werden. Soviel hat man durch Untersuchungen mit dem Tonometer schon jetzt erfahren, daß bei beiden Formen des Gl. ein erhöhter Druck viel länger besteht als man glaubt, ohne daß beim Gl. simplex irgendwelche subjektive Krankheitserscheinungen vorhanden sind.

Die Aufgabe des praktischen Arztes ist es, die Kranken möglichst frühzeitig dem Spezialisten zu überweisen. Bei Fällen der entzündlichen Form ist dies nicht schwer. Die Symptome des typischen glaukomatischen Anfalls bestehen ja in hochgradiger Sehstörung, Schmerzen, rauchig getrübter Kornea und erweiterter Pupille, wozu noch die ausgesprochene Härte des Bulbus kommt. Bei Zweifel, ob es sich um Iritis oder Glaukom handelt, gebe man dem Patienten auf alle Fälle Eserin und schicke ihn zum Augenarzt. Als glaukomverdächtig haben die Kranken zu gelten, die über gelegentlich auftretendes vorübergehendes schlechtes Sehen und Erscheinung des Regenbogensehens klagen. Ganz ungünstig liegen die Verhältnisse bei der reinsten Form des Gl. s., wo weder subjektive noch objektive Symptome vorhanden sind. Hier kann der Arzt nur insofern nützen, als er alle Patienten, die über Abnahme ihres Sehvermögens klagen, ophthalmoskopisch untersuchen läßt. Die schlimmsten Fehldiagnosen passieren dadurch, daß bei Patienten wegen der oft stark grau reflektierenden Linse Altersstar angenommen wird, weshalb man sie auf die Operation vertröstet, wenn vollständige Erblindung eingetreten ist. Dieser Irrtum kann vermieden werden, wenn man mit dem Spiegel in ein solches Auge hineinleuchtet. Die Durchsichtigkeit der Linse wird dann offensichtlich. F. Walther.



Vergiftungen.

Schmiedeberg, O. (Strassburg), Über Methylalkoholvergiftung. (Therap. Monatsh., Mai 1912.)

Sch. wirft die Frage auf, warum der Methylalkohol, der in einmaligen Gaben sich nicht wesentlich anders als der Äthylalkohol verhält, in wiederholten, bei einmaliger Einverleibung nicht tödlichen Gaben sicher den Tod herbeiführt. Dabei kommt der Unterschied in dem Verhalten beider Alkohole im Organismus in Betracht. Der Äthylalkohol wird nach der Aufnahme in den Organismus teils unverändert ausgeschieden, teils vollständig zu Kohlensäure und Wasser oxydiert, so daß sich im Harn weder Aldehyd noch Essigsäure findet. Der Methylalkohol dagegen wird teilweise unvollständig oxydiert. Nach den Versuchen von Pohl und von Bongers an Hunden entsteht aus diesem Alkohol im Organismus Ameisensäure, die neben unverändertem Methylalkohol (Bongers) in den Harn übergeht. Nach der Applikation dieses Alkohols als Klistier an Hunden fand Bongers auch im Magen Ameisensäure. Die letztere ist unschädlich, wenn sie in Form ihrer Alkalisalze vom Organismus aufgenommen wird. Anders gestaltet sich ihr Verhalten, wenn sie im freien Zustande in den letzteren gelangt oder hier entsteht und keine Oxydation zu Kohlensäure und Wasser erfährt. In diesem Falle wird sie entweder durch das Natriumkarbonat des Blutes oder durch das beim Eiweißumsatz abgespaltene Ammoniak neutralisiert. An das letztere gebunden werden bekanntlich beim Diabetes die Oxybutter- und Acetessigsäure im Harn ausgeschieden, wenn ihre Menge nicht zu groß ist. Man darf annehmen, daß auch beim Menschen der Methylalkohol zum Teil nur bis zur Ameisensäure oxydiert wird. Diese kann aber bei gesunden, gut genährten Personen sicherlich vollständig durch Ammoniak neutralisiert und dadurch infolge der Schonung des Blutalkalis unschädlich gemacht werden. Es ist aber wahrscheinlich, daß sich diese Neutralisation bei schlecht genährten, durch Trunksucht oder andere Umstände heruntergekommene Individuen auf Kosten des Natriumkarbonats vollzieht. Solche Körperzustände lassen sich mit chronischen Krankheiten vergleichen, bei denen Azidose besteht. Denn reicht das Ammoniak nicht mehr aus, um das Blutalkali vor der Neutralisation zu schützen, bis die Personen unter den Erscheinungen einer akuten Vergiftung zu Grunde gehen.

S. Leo.

Medikamentöse Therapie.

Poljakoff, Nucleinsaures Natron bei Scharlach. (Russki Wratsch 1912, 9.)

Sicher wirkt die herbeigeführte Leukozytose im Sinne einer Steigerung der Widerstandsfähigkeit des Organismus gegenüber der Infektion. Am deutlichsten trat der Erfolg in Fällen auf, die nicht später als am 2. Tag nach der Erkrankung zur Aufnahme kamen. Hier wurde die Affektion gewissermaßen plötzlich unterbrochen, die Temperatur sank und die Erscheinungen traten zurück. Bei Patienten, die am 3.—6. Erkrankungstage zur Beobachtung kamen, war der Erfolg wesentlich geringer; immerhin war die Mortalität beeinflußt, von 71 Fällen endeten 5 letal. Im Blute fand sich bei allen Untersuchungen 12—24 Stunden nach der Injektion Hyperleukozytose, die in einem Falle die Zahl 38000 erreichte. Nach der Injektion pflegt die Schmerzhaftigkeit an der Stichstelle 1—2 Tage zu bestehen. Infiltrate waren nicht zu beobachten. Die Beobachtungen beziehen sich auf 90 Scharlachfälle. Schleß-Marienbad.

Krawkoff, Prof., Polygonum Hydropiper bei inneren Blutungen. (Russk Wratsch 1912, 7.)

Besonders günstig scheint das Extractum fluidum Polygoni Hydropiperis bei Menorrhagien und bei Blutungen infolge von Fibromyom zu wirken. Gute Resultate werden auch bei Magen- und Darmblutungen, bei Blutungen aus der Harnblase und bei Hämoptoë beobachtet. Bei Dysmenorrhoe war neben den blutstillenden auch eine anästhesierende Wirkung zu verzeichnen.



Die Wirkungsweise bleibt unklar. Die Versuche, einen Stoff vom Charakter eines Glycosids oder Alkaloids aus dem Präparat zu isolieren, schlugen fehl. Auch die gerbsäurehaltigen Bestandteile erklären die Wirkung nicht. Da sich auch eine adstringierende Wirkung nicht nachweisen läßt, neigt Verfasser zur Annahme, daß das Präparat die Gerinnungsfähigkeit des Blutes beeinflusse.

Es werden 30 Tropfen des Extrakts 3 mal täglich verabreicht.

Schleß-Marienbad.

Silva, Dr. Umberto, Zur therapeutischen Wirkung des Insipins. (Il Cesalpino 1912, Nr. 4.)

Der Verfasser hat das neue geschmackvolle Chininderivat „Insipin" einer eingehenden pharmakologischen und klinischen Prüfung unterzogen. Das Präparat ist im Wasser unlöslich, daher kann eine Suspension auch von den empfindlichsten Patienten leicht eingenommen werden. Es ist aber leicht löslich in Säuren, also auch in der Säure des Magensaftes, so daß es schnell zur Resorption kommt. Da das Insipin ausnahmslos gut vertragen wurde, konnte die Tagesdosis gegebenenfalls bis auf 2 g gesteigert werden. Die Erscheinungen des „Chininrausches" traten gar nicht oder nur in geringem Grade auf. Mit Erfolg gab der Verfasser das Insipin bei Typhus, bei Malaria und bei Fiebern Tuberkulöser. — Die Resorption des Mittels erfolgte sehr schnell, schon 10 Minuten nach dem Einnehmen konnte Chinin im Harn nachgewiesen werden. Die Ausscheidung dauert 20—24 Stunden, ihr Maximum liegt in der 10.—12. Stunde. Nierenreizungen wurden in keinem Falle beobachtet. Von Wichtigkeit ist die nur geringe Herabsetzung des Stickstoffumsatzes. Chinin vermindert nach Kerner die N-Ausscheidung um 24 %, Insipin nach Silva nur um 10—15 %. Der Verfasser hebt ferner die günstige Wirkung auf die Zusammensetzung des Blutes hervor.

Neumann.

Mattick, Dr. Paul (Berlin), **Bromural in der Praxis.** (Deutsche Medizinal-Zeitung 1912, Nr. 18.)

Nach vielen Versuchen mit den älteren und neueren Nervenberuhigungs- und Schlafmitteln gelangt Mattick zu der Überzeugung, daß der Arzt in dem Bromural als Sedativum sowie Hypnotikum ein Unterstützungsmittel in der Therapie auf nervöser Basis beruhender Krankheiten besitzt.

Als Sedativum verordnet er täglich 3 mal 1 Tablette, als Schlafmittel bezw. Schlafanregungsmittel abends 2 Tabletten, event. nach 4—5 Stunden nochmals 2 Tabletten. Er läßt die Tabletten in heißem Zuckerwasser gelöst nehmen.

Auf einige der von ihm mit Bromural behandelten Fälle geht Mattick näher ein und betont, daß er außerdem täglich reichliche Gelegenheit hatte, Bromural bei den verschiedensten nervösen Krankheitserscheinungen zu verordnen, wobei er stets feststellen konnte, daß Bromural wegen seiner Unschädlichkeit und Harmlosigkeit den meisten Präparaten mit gleicher Wirkung vorzuziehen ist. Magenstörungen hat er niemals wahrgenommen. Auch trat nach längerem Gebrauch eine Angewöhnung nicht ein, sondern er konnte im Gegenteil beobachten, daß in solchen Fällen der natürliche Schlaf sich von selbst einstellte. Der Patient fühlte sich am nächsten Morgen gestärkt, und nicht, wie nach manchen anderen Hypnotizis, benommen. Selbst in Fällen von inneren Krankheiten, wo sich kein besonders ausgiebiger Schlaf einstellte, genügte auch die kürzere Schlafdauer, um bei dem Patienten das Gefühl des Gestärktseins zu erwecken.

Stursberg, Priv.-Doz. Dr., Oberarzt der Klinik, Bemerkungen über Codeonal und Codein. diäthylbarbituricum. (Münch. Med. Wochenschrift 1912, Nr. 18.) (Aus der Med. Universitätsklinik, Bonn, Direkt. Geh.-Rat Schultze.)

Um festzustellen, ob das Codeonal Vorzüge vor Diäthylbarbitursäure oder diäthylbarbitursaurem Natrium und Codein. phosphor. hatte, wurde das Mittel geeigneten Kranken abwechselnd verabreicht.

Die schlafmachende Wirkung trat nach 2—3 Tabletten fast regelmäßig ein und der erzielte Schlaf wurde durchweg als gut bezeichnet. Während



nun eine Anzahl Kranker keinen deutlichen Unterschied in der Stärke der Wirkung beider Zusammensetzungen angaben, berichteten gerade einige intelligente und anscheinend gut beobachtende Kranke mehrfach, daß sie nach Codeonal besser geschlafen hätten wie nach Natrium diäthylbarbit. und Codein. phosphor.

Bei Kaninchen ergab sich eine ganz beträchtlich geringere krampferregende Wirkung des Codein. diäthylbarbit. gegenüber dem Codein. phosphor. bei verstärkter beruhigender Wirkung. Während 0,035 Codein. phosphor. intravenös die Tiere sofort unter Krämpfen tötete, war nach derselben Menge Codein. diäthylbarbit. keine Übererregbarkeit bei dem Versuchstier bemerkbar, vielmehr machten die Tiere einen benommenen und ruhigen Eindruck. Erst bei 0,06 g auf 1 kg Tier wirkte auch das Codein. diäthylbarbit. tödlich. Dieses Verhalten kann seinen Grund nicht allein in dem um rund 10 % geringeren Gehalt des Codein. diäthylbarbit. an Codein haben, sondern es ist anzunehmen, daß die Diäthylbarbitursäure, wie auch Bachem meint, einen Teil der krampferregenden Wirkung des Codeins ausgleicht, was durch den Tierversuch bewiesen wurde, indem bei gleichzeitiger Injektion von etwa der halben Gewichtsmenge Natrium diäthylbarb. die tödliche Wirkung der 0,035 g Codein. phosphor. aufgehoben wurde und ein ähnlicher Zustand eintrat, wie nach der gleichen Gabe Codein. diäthylbarbit.

Unter der Einwirkung von Codein. diäthylbarbit. trat eine ganz beträchtliche und anhaltende Abnahme der Zahl der Atemzüge bei gleichzeitiger Vertiefung ein, besonders auffallend dann, wenn die Atmung vorher stark beschleunigt war.

Nach diesen Feststellungen wurde das Codein. diäthylbarbit. auch allein in geeigneten Fällen, besonders zur Bekämpfung nächtlichen Hustenreizes bei Männern in Einzelgaben von 0,05 g angewandt. Es wurde mehrfach der Eindruck gewonnen, daß wenigstens bei manchen Kranken seine beruhigende Wirkung diejenige des Codein. phosphor. etwas übertrifft.

Auf Grund der Beobachtungen glaubt St. sowohl die als Codeonal bezeichnete Kombination von Natrium diäthylbarbit. und Codein. diäthylbarbit., wie auch das letztere Mittel allein als brauchbar empfehlen zu können.

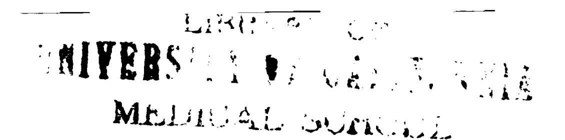
Bücherschau.

Abel (Berlin), Vorlesungen über Frauenkrankheiten. (Berlin 1912. Oscar Coblentz.)

Es muß in Anbetracht des Überangebotes an Lehrbüchern heutzutage fast als ein Wagnis erscheinen, ein neues derartiges Werk herauszubringen, das, wie die Verhältnisse zur Zeit liegen, fast nur dann auf größere Verbreitung rechnen kann, wenn der Verfasser im Lehramt steht und es seinen Schülern als eine unabweisbare Ehrenpflicht erscheint, sich des Meisters Handbuch anzuschaffen. Für einen Out-sider est es dabei schwierig sich literarisch durchzusetzen und sein Lehrbuch zur Geltung zu bringen. Abel, dem ein vorzüglicher Ruf als Frauenarzt vorausgeht, hat diese Bedenken überwunden und tritt hier mit dem Niederschlag einer in 20 jähriger spezialistischer Praxis gewonnener und gereifter Erfahrung hervor. Schon dieser Umstand läßt eine abgerundete Darstellung erwarten, namentlich wenn man weiterhin das unleugbare Lehrtalent des Verfassers berücksichtigt. Wir müssen uns natürlich versagen, ausführlich auf das Werk und dessen vorzügliche von Waldeyer entlehnten Abbildungen einzugehen, möchten aber doch nicht verfehlen, dem vom Verleger gut ausgestatteten Werke einige Worte der Empfehlung mit auf den Weg zu geben. K. Boas-Straßburg i. E.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.





30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von

Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.

Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 35. | Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. | 29. August.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Die prognostische Beurteilung der Puerperalpsychosen.

Ein klinischer Vortrag von Privatdozent Dr. **Adalbert Gregor**,
II. Arzt der psychiatrischen und Nervenklinik, Leipzig.

Meine Herren! Wenn ich heute, nachdem ich Ihnen eine Reihe charakteristischer Vertreter jener ätiologischen Krankheitsgruppen, die wir zum Gegenstand unseres Studiums gewählt, vorgestellt, über andere ergänzend referiert und Verlauf und Ausgang bereits besprochen habe, die prognostische Beurteilung der Generationspsychosen zum Gegenstand besonderer Besprechung wähle, so ist dieser Vorgang durch die eminente Bedeutung dieser Psychosengruppe für den Praktiker genügend gerechtfertigt. Veranlaßt fühle ich mich aber dazu durch die Überzeugung, daß ein der Psychiatrie fernstehender Arzt in der vorliegenden Literatur nicht die gewünschte Orientierung findet, da auch auf diesem Gebiete der Streit der Schulen und divergierende psychopathologische Auffassungen Platz gegriffen haben.

Anders wird Ihr prognostisches Urteil lauten, wenn Sie sich jenen Autoren angeschlossen, die die Katatonie als gewöhnliche Psychose des Wochenbettes erklären, anders, wenn Sie von der Annahme ausgehen, daß die Mehrzahl der Puerperalpsychosen dem halluzinatorischen Irresein, also einem relativ benignen Krankheitsprozesse angehören. Auf eine Klippe, der Sie begegnen müßten, wenn Sie mit bestimmter vorgefaßter Meinung ans Krankenbett herantreten, konnte ich Sie bereits gelegentlich der Demonstration der Patientin Le. hinweisen. Wie Sie aus der Anamnese entnommen haben, lagen bei ihr zur Zeit der Gravidität Symptome depressiver Verstimmung vor, auch hatte die Frau einen Selbstmordversuch begangen. Hätten Sie nun damals, ausgehend von der gleichfalls in der Literatur vertretenen Ansicht, daß die Melancholie das geläufigste Krankheitsbild der Gravidität ist, diese Diagnose gestellt, dann hätte Sie der Verlauf Lügen gestraft; denn heute sehen Sie ja das Zustandsbild eines katatonischen Schwachsinnes vor sich. Und doch hätte eine unvoreingenommene Bewertung der Symptome Sie vielleicht in die richtigen Bahnen gewiesen. Sie wären so vielleicht zu der Überzeugung gekommen, daß das Individuum, welches nach Angabe des Mannes von jeher eigentümlich verschlossen war, aller Vergnügungen sich enthielt, vorwiegend eine apathisch-phlegmatische Stimmungslage zeigte, intellektuell tiefer



stand, — die Keime einer anderen Krankheit in sich trug. Darum möchte ich heute, ausgehend von der lebendigen Erfahrung, die wir an unseren Fällen sammeln konnten, Ihnen die Grundlagen bieten, künftighin unvoreingenommen an die prognostische Beurteilung des besonderen Falles heranzutreten.

Sie werden mir nun gewiß entgegenhalten, daß sich diese Frage der Hauptsache nach mit einer exakten Diagnosenstellung erledigt Dies ist denn auch für einen Teil der Fälle richtig. Wenn Sie in der Gravidität, nach dem Puerperium oder während der Laktation untrügliche Symptome von Paralyse festzustellen vermögen, so hat sich die Prognose damit im gewissen Sinne erledigt. Sie können für Ihre weitere Überlegung zunächst den besonderen Zustand Ihrer Patientin außer acht lassen; nur wenn eine komplizierte Geburt vorausgegangen sein sollte, ein starker Blutverlust stattfand, eine Infektion erfolgte usw., werden schädliche Folgen für den weiteren Verlauf des früher schon bestandenen Krankheitsprozesses zu befürchten sein. Nach Restitution der körperlichen Schäden werden neue Symptome in Erscheinung treten können und schon vorhanden gewesene vielleicht verschlimmert sein, die körperliche und seelische Hinfälligkeit des Individuums wird seiner Umgebung noch auffälliger werden. Ich möchte Sie nur kurz darauf verweisen, daß wir Überlegungen von ganz gleicher Art da anzustellen haben, wo die Entscheidung der Frage nach einem eventuellen kausalen Zusammenhange von Paralyse und Unfall von uns gefordert wird. Auch gelegentlich der Demonstration des schönen Falles eines epileptischen Äquivalentes in Form eines Dämmerzustandes mit deliranten Zügen, Verkennung der Umgebung im Sinne einer überirdischen Welt, in der sich die Patientin zu befinden glaubte, habe ich Sie darauf aufmerksam gemacht, daß wir die Epilepsie des Individuums nicht auf das Puerperium zurückzuführen haben, wenn auch ein entfernterer kausaler Zusammenhang deshalb nicht vollständig auszuschließen war, weil der erste Anfall in der Laktation einsetzte und die weiteren Beziehungen von Generationsvorgängen und Epilepsie im Parallelismus von Menstruation und Anfällen kenntlich waren. Aber das Individuum war, wie Sie aus der Anamnese erkennen konnten, anderweitig für seine Krankheit determiniert. Der Vater war Potator, ein Kind der Patientin starb an Krämpfen. Auch hier werden Sie bei der Prognosenstellung von den für das Eintreten der Epilepsie gewiß nicht belanglosen Generationsvorgängen ohne weiteres absehen können. Ich erinnere noch an den Fall Le., der uns heute schon wegen gewisser diagnostischer Schwierigkeiten beschäftigte. Hier stellte die Gravidität lediglich eine Komplikation der Katatonie vor. Wir dürfen vielleicht kaum so weit gehen, zu sagen, daß das Prodromalstadium der Katatonie durch die so häufig mit depressiver Stimmung verknüpfte Gravidität seine besondere Färbung erhielt. All diesen Fragen, die ich hier nur kurz zu streifen vermochte, kommt gewiß theoretische Bedeutung zu. Für die Praxis sind sie, soweit nicht besondere Umstände forensischer Natur vorliegen, von geringerem Interesse. Die Prognose wird sich nach der Grundkrankheit zu richten haben, Sie werden von einer Paralyse, Epilepsie, Katatonie usw. in der Gravidität, nach dem Puerperium, in der Laktation reden können.

Gewissermaßen das entgegengesetzte Extrem stellen jene Fälle vor, in denen die allgemeine ärztliche Erfahrung Denken und Handeln beherrscht. Ich habe hier jene Psychosen im Auge, die in den letzten



Stadien der Gravidität oder unmittelbar post partum neben schweren somatischen Symptomen auftreten, wie Eklampsie, Urämie, Intoxikation bei septischen Prozessen. Im Gegensatz zu der früher besprochenen Gruppe bilden hier die abnormen psychischen Erscheinungen gewissermaßen nur die unliebsame Komplikation des somatischen Leidens und erschweren die ärztlichen Maßnahmen gewöhnlich beträchtlich, ohne aber neue Indikationsstellungen zu bringen. Die Behandlung des somatischen Prozesses wird hier unsere Grundaufgabe sein, in deren Lösung das Schwinden der Psychose, fast würde ich sagen, bloß als Nebeneffekt enthalten ist. Damit soll nun aber keine Unterschätzung der psychischen Symptome gegeben sein, im Gegenteil, Sie werden hier, wie in allen Fällen allgemeiner Intoxikation, im Zentralnervensystem ein feines Reagens auf Schädlichkeiten des Organismus erblicken können. Die psychischen Symptome werden sich Ihnen hier auch genugsam aufdrängen und ihre alarmierende Wirkung auf die Umgebung in besonderem Maße geltend machen. Sache des Arztes ist es, ihnen mit der richtigen Wertschätzung zu begegnen und es soll mit zu Ihrer Aufgabe gehören, als Seelenarzt die Angehörigen davon zu überzeugen, daß der Fall durch das Hinzutreten psychischer Erscheinungen noch keineswegs zu den verlorenen zu zählen ist. Freilich wird sich aber jetzt Ihr Urteil bedenklicher, Ihre Prognose trüber gestalten müssen; denn nicht nur ist der Fall damit zu einem an sich schwereren geworden, sondern auch die Hoffnungen, die Sie auf Ihre Therapie gesetzt, sind wesentlich verringert. Mit einem Schlage ist die Durchführung Ihrer ärztlichen Maßnahmen in Frage gestellt, denn Sie haben ja keineswegs mehr einen geduldigen, hilfesuchenden Patienten, sondern einen Geisteskranken vor sich, mit dessen Widerstand Sie in allem rechnen müssen. Vollzug der einmal gegebenen Indikatio vitalis, ohne Rücksicht auf die neue Komplikation mit eventueller Zuhilfenahme der Narkose wird Ihre nächste Aufgabe sein. Im übrigen werden Sie die sofortige Überweisung des Falles an eine psychiatrische Aufnahmestation zu veranlassen haben, wo es in weit höherem Maße gelingen kann, den allgemeinen Behandlungsprinzipien trotz der vorliegenden Hemmungen zu entsprechen. Von dieser Maßnahme wird Sie weder ein augenblicklich günstiger Eindruck der Kranken noch die Erfahrung abbringen dürfen, daß Bewußtseinstrübungen, Verwirrtheitszustände und Delirien vielfach beniguer Natur sind und oft rasch abklingen. Entscheidend muß vielmehr hierfür die Tatsache bleiben, daß in allen Fällen geeignete Anstaltsbehandlung eine günstigere Prognose bietet und die Gefahr der Selbstbeschädigung bei derartigen Kranken groß ist.

Von den eben besprochenen Fällen, in denen uns der kausale Zusammenhang zwischen Puerperalprozeß und Psychose in so greifbarer Weise vor Augen tritt, führen alle Übergänge zu jenen, in denen den puerperalen Krankheitsprozessen eine mehr nebensächliche Rolle zuzufallen scheint. Nicht daß wir sie aber je außer acht lassen dürften, — denn es ist eine ganz geläufige Erfahrung, daß in den allermeisten Fällen von Puerperalpsychose die Geburt in diesem Sinne zu den komplizierten gehört. Wenn wir immer wieder in der Anamnese von Puerperalpsychosen erfahren, daß der Geisteskrankheit endo-, peri-, parametritische Prozesse vorangegangen, daß bei der Geburt ein starker



Blutverlust stattgefunden, Plazentarlösung erfolgen mußte usw., so werden wir uns der Auffassung dieser Momente als kausaler nicht verschließen können und unsere Behandlung der Puerperalpsychosen davon mitbestimmen lassen. Für die prognostische Beurteilung des Falles hat man hierin eher günstige Umstände zu erblicken, da die erwähnten Prozesse das Schwergewicht disponierender Momente nach den exogenen Krankheitsursachen verlegen, auf deren Beseitigung oder Schwinden wir ja hoffen dürfen. Schon als ich die Fälle Se. und Sei. einander gegenüberstellte, habe ich Sie darauf hingewiesen, daß trotz der fast völligen Gleichheit der Zustandsbilder unser Urteil schon auf die Tatsache hin, daß bei der einen Patientin die Krankheit ohne jede ersichtliche Ursache ausgebrochen war, bei der anderen, die ganz ähnliche Hemmungssymptome zeigte, eine Reihe Antezedenzien erschöpfender Natur vorlagen, unser prognostisches Urteil wesentlich verschieden ausfallen mußte.

Damit möchte ich nun durchaus nicht den Wert symptomatologischer Betrachtungsweise in Ihren Augen herabsetzen, sondern bloß betonen, daß gewisse Zustandsbilder vieldeuttig und bei nicht genügender Erfahrung trügerisch sind. Gestatten Sie, daß ich Ihnen letztere Behauptung an einem der vorgestellten Fälle näher erläutere. Frau L. bot in den ersten Tagen ihres Aufenthaltes in der Klinik ein Bild katatonen Stupors. Ihre Haltung war starr und gebunden, aus dem halbgeöffneten Munde floß kontinuierlich Speichel. Ihre Bewegungen waren hochgradig gehemmt. Eine sprachliche Reaktion war nicht zu erhalten, sie war also mutazistisch und zeigte auf motorischem Gebiet das analoge Bild: Negativismus. Nur der Erfahrene konnte den Stupor als Pseudostupor entlarven und mit Wahrscheinlichkeit auch schon damals in der veränderten Motilität z. T. ein reaktives Verhalten des Individuums erkennen. Die Prognose traf denn auch zu und Sie sehen die Frau heute wesentlich gebessert vor sich.

Noch eines weiteren Falles möchte ich hier gedenken, der vor nicht gar langer Zeit uns als katatoner Mutazismus zugeschickt wurde. Eine sprachlich und motorisch stark gehemmte Gravida. Wären nicht auch hier schon im Zustandsbilde gewisse, wenn auch flüchtige, wieder nur dem Erfahrenen kenntliche Züge vorhanden gewesen, dann hätte uns die Anamnese den richtigen Weg gewiesen, den Fall als eine protrahierte Affektschwankung, Ziehens Ecnoia, aufzufassen und eine günstige Prognose zu stellen, die sich auch bewahrheitete. Damit ist ja ohne weiteres zuzugeben, daß das symptomatologische Krankheitsbild dem Psychiater viel zu sagen vermag und ihn zu weittragenden prognostischen Schlüssen berechtigt, aber diese Fälle sollen und können auch vom praktischen Arzte richtig bewertet werden. Und darum empfehle ich Ihnen die klinische Betrachtungsweise zu üben, auf die wir alle rekurrieren müssen, wenn wir subjektiven Momenten keinen breiteren Spielraum lassen und unsere diagnostische und prognostische Auffassung mit Sicherheit und Überzeugung vertreten wollen.

Und was lehrt die klinische Erfahrung? Schon nach den Beispielen, die ich heute erwähnte, werden Sie sich sagen müssen, daß bei der symptomatologischen Verschiedenheit der Zustandsbilder eine spezifische Puerperalpsychose als eine Psychose sui generis nicht existiert. Dies ist denn auch die heute allgemein gültige Anschauung. Ich betone

aber, daß ich hier lediglich das symptomatologische Zustandsbild im Auge habe, welches uns in diesen Krankheitsfällen keine spezifischen Symptome und keine neuen Symptomengruppierungen zeigt. Aber der Nachweis gleichartiger Zustandsbilder kann nicht genügen, um Psychosen klinisch zu identifizieren. Fragen wir uns nämlich, ob wir sämtliche beim Puerperium auftretende Psychosen zwanglos in die geläufigen, andersher festgestellten Psychosenformen aufteilen können, dann wird unsere Antwort schon weniger bestimmt ausfallen. Da Klarheit in diesen Fragen die Grundbedingung für die Stellung der Prognose bildet, muß ich hier auf ihre Erörterung eingehen. Schon das Ihnen in den letzten Vorlesungen gezeigte Material war geeignet, uns auf den richtigen Weg zu führen, denn diese Fälle stellen, wie ich Ihnen versichern kann, durchaus nicht ungewöhnliche Formen von Puerperalpsychosen vor. Ich gehe nochmals auf den Fall L. ein. Die jetzt 28jährige Frau litt schwer unter den somatischen Schwangerschaftssymptomen. Sie gebar 3 Wochen vor ihrer Aufnahme unter starkem Blutverlust. Nach der Geburt litt sie an Mastitis, stillte aber trotzdem ihr Kind. Sie wurde in körperlich sehr herabgekommenem Zustande in die Klinik eingeliefert. Die erwähnten Momente genügen, um den Fall zweifellos den Puerperal- oder besser Laktationspsychosen zuzuweisen. Zu Hause äußerte sie Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, ein vieldeutiges Symptom, von dem wir, da es bloß vom Manne erhoben wurde, absehen wollen. Das katatone Zustandsbild, welches unsere Patientin in den ersten Tagen ihres Aufenthaltes in der Klinik zeigte, habe ich Ihnen heute bereits genauer beschrieben. Wer von der Ansicht ausgeht, daß ein großer Teil der Puerperalpsychosen zur Katatonie zu zählen ist und diese Diagnose auf den ersten Eindruck hin gestellt hätte, der wäre schon nach wenigen Tagen enttäuscht worden, da die Pat. jetzt einen lebhaften Affekt entwickelte, sehr ängstlich und unruhig war, sich immer wieder aufs neue anklagte und depressive Wahnideen entwickelte. Die Erregung ging in Hemmung über, die heute, wo die Patientin wesentlich gebessert ist, nur noch andeutungsweise besteht. Sie neigt auch jetzt noch zum Weinen, verhält sich aber im übrigen geordnet. Von einer Inkoordination des Affekt- und Vorstellungslebens konnte ich auch keine Spur entdecken. Sollen wir nun darum den Fall als Melancholie erklären und uns an eine ältere Auffassung der Puerperalpsychosen anschließen? Aber vor einigen Tagen wurde unsere Patientin am Abend unruhig, sprach von Feuer und Rettung und wollte davoneilen. „Also doch eine Amentia, wie es der Pseudo-Stupor ahnen ließ“ — werden Sie sagen. Auch diese Diagnose wäre übereilt, da die Symptome, auf die man sich nun stützen müßte, doch nur episodisch auftraten; und warum diesen Fall deswegen so weit von jenem anderen abrücken, den ich Ihnen gleichzeitig demonstrieren konnte, der eine fast völlig gleiche, vielleicht bloß etwas tiefere Depression zeigte, welche das ganze Krankheitsbild von Anfang an beherrschte und zu einem schweren Selbstmordversuche führte. Wäre also in beiden Fällen Melancholie zu diagnostizieren? Dieser Diagnose müßte ich schon symptomatologisch entgegenhalten, daß in beiden Fällen ein Grundsymptom, das subjektive Insuffizienzgefühl fehlt. Wollte man aber die Diagnose Katatonie doch retten, indem man auf jene Fälle hinweist, bei denen die im Puerperium ausbrechende Psychose diese oder jene Diagnose trägt und die später einmal als Katatonie wieder in



die Klinik aufgenommen wurden und fragen, ob denn mit Bestimmtheit ein solcher Verlauf bei unseren Fällen auszuschließen ist, dann wäre die Antwort verneinend. Ich würde aber die Frage entgegenhalten, — haben wir denn dies auch wirklich heute zu entscheiden, wo es nur auf die prognostische Beurteilung des vorliegenden Krankheitszustandes ankommt? Fühlen Sie sich berechtigt, auf jene Erfahrungen hin, die ominöse Diagnose Dementia praecox auch dann zu stellen, wenn die Symptomengruppierung nicht die typische der Katatonie ist oder überhaupt kein einziges Symptom dieser Krankheit vorliegt? Ich glaube, das wäre doch wohl zu weit gegangen! — Eher wäre zu billigen, wenn man bei einem späteren Auftreten von Katatonie beide Krankheitszustände strenger auseinanderhalten wollte. Dieser Vorgang wäre insbesondere dann gerechtfertigt, wenn der erstmaligen Erkrankung katatone Symptome fehlten. Und darum möchte ich Ihnen dringend raten, in jedem Falle von Puerperalpsychose nach katatonischen Symptomen zu fahnden. Haben Sie einwandfreie Symptome von Katatonie entdeckt, dann ist immer erst noch die Frage zu stellen, ob nunmehr die Prognose für die Wiederherstellung der psychischen Persönlichkeit absolut infaust ist. Jedenfalls gilt es nicht bedingungslos. Zunächst müssen ja die einzelnen Erscheinungen bewertet werden und dies ist leider zumeist gar nicht einfach, denn in diesem Stadium dürfen Sie ja noch keine Intelligenzdefekte erwarten. Aber schon die Anamnese wird Ihnen vielleicht, wie ich für den Fall Le. ausführte, brauchbare Winke geben können. Ein Stupor leichten Grades wird nicht schwer in die Wage fallen. Anders werden negativistische Akte zu bewerten sein, wenn sie nicht durch Illusionen oder Halluzinationen bedingt sind. Bedenklich sind impulsive Handlungen, ungünstig wird die Prognose lauten müssen, wenn Sie eine inkoordinierte Affektlage finden, wenn Ihnen Ihre Patientin mit heiterer oder auch nur gleichgiltiger Miene über Wahnideen und Halluzinationen berichtet, auf deren Inhalt sie mit Angst und Trauer reagieren sollte. Ich habe Sie auf einige Symptome besonders hingewiesen, weil gerade auch diese von dem psychiatrisch nicht näher geschulten Arzte erhoben werden können. Der Psychiater wird in den eigentümlichen Bewegungsanomalien in der Form und in dem Inhalte der sprachlichen Äusserung genugsam Anhaltspunkte für seine diagnostische Auffassung finden. Von einer näheren Besprechung dieser Symptome im einzelnen können wir hier absehen. Ist nun der Nachweis derartiger Symptome der Katatonie gelungen, dann wird man mit einem infausten Ausgange zu rechnen haben. Sie werden aber bei schweren Symptomen stets an eine schon länger zurückgehende Psychose denken. Leichtere, dem Frühstadium der Katatonie entsprechende Krankheitszeichen, werden hier immer noch günstiger einzuschätzen sein, als wenn keine greifbare Krankheitsursache vorläge. Und selbst in letzterem Falle sehen wir mehr wie ein Drittel der Kranken praktisch genesen.

Ich möchte Sie hier an eine Kranke erinnern, die Sie im vorigen Semester an der Klinik zu sehen Gelegenheit hatten. Ein erblich nicht nachweisbar belastetes Individuum erkrankt in der Pubertät an einem manisch gefärbten Erregungszustand, der zu kleinen Remissionen neigte. Sie wurde damals in einer Provinzialirrenanstalt über ein Jahr lang behandelt. Die Diagnose lautete rezidivierende Manie. Zum zweitenmal erkrankte diese Frau in der Laktation und wurde der Klinik zugeführt. Ein Vergleich des hier beobachteten Krankheits-



bildes und Krankheitsverlaufes mit der aus der Irrenanstalt herangezogenen Krankengeschichte ergab eine weitgehende Übereinstimmung, unsere wohlbegründete Diagnose lautete jedoch Katatonie und dahin mußte auch die frühere richtig gestellt werden. Ihnen allen ist es wohl bekannt, wie ernst ein Katatonierezidiv prognostisch aufzufassen ist. Wir wären aber fehlgegangen, wenn wir diese allgemeine Erfahrung auch auf den vorliegenden Fall ausgedehnt hätten. Denn schon nach wenigen Monaten konnte unsere Patientin, geistig kaum merklich defekt, die Klinik verlassen.

Dieser Täuschung wären wir aber unbedingt verfallen, wenn wir dem besonderen Zustande der Patientin nicht Rechnung getragen hätten. Und auch ein zweites Mal noch traf die günstige Prognose zu, als diese Frau wieder gravid geworden, abermals psychisch erkrankte. Wir mußten uns damals sagen, für unser zu psychischen Erkrankungen neigendes Individuum, das in sehr tristen, ärmlichen Familienverhältnissen lebt, bedeutet die Gravidität eine relativ schwere Einbuße an Körperkräften und waren mit allen Mitteln bedacht, die Patientin somatisch in die Höhe zu bringen. Tatsächlich klang auch diesmal der katatone Erregungszustand mit der Besserung des körperlichen Befindens ab. Eine Indikation zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft war in diesem Falle gewiß nicht gegeben, wohl erschien aber fakultative Sterilität empfehlenswert.

Der heutige Vortrag erhebt keinen Anspruch darauf, Ihnen sämtliche im Puerperium auftretenden Psychosenformen zu nennen, bloß des historischen Interesses wegen möchte ich aber bemerken, daß wir auf derartige Krankheitsfälle, wie den zuletzt erwähnten, einen Teil der früher als Puerperalmanien beschriebenen Psychosen zurückführen können, welche als die spezifischen Puerperalpsychosen galten. Demgegenüber stellen neuere Autoren fest, daß das manisch-depressive Irresein im Puerperium kaum je mit einer manischen Phase einsetzt. Einen derartigen seltenen Fall konnten wir vor kürzerer Zeit in der Klinik beobachten. Es handelte sich um ein auffallend kräftiges Individuum, dessen Schwester wegen Depressionszuständen die Klinik mehrmals aufsuchte. Die Geburt war wohl nicht unkompliziert, aber die körperlichen Schädlichkeiten wurden von diesem Individuum prompt überwunden. Bei den Attacken, die das muskulöse Individuum stets auf das Wartepersonal ausführte, konnte von einer somatischen Erschöpfung nicht die Rede sein und dieser Umstand war für unsere prognostische Beurteilung maßgebend. Tatsächlich unterschied sich dieser Fall in seinem weiteren Verlaufe nicht vom manisch-depressiven Irresein.

Sie werden, meine Herren, wohl schon bemerkt haben, daß wir uns nach Ausscheidung der mit dem Puerperium in losem Zusammenhang stehenden Psychosen aus mannigfachen Richtungen immer wieder jenen Psychosenformen nähern, welche auf einer somatischen Erschöpfung oder einer Intoxikation beruhen. Eine Subsumtion unter diesen Krankheitsbegriff ist denn auch die einzige, wissenschaftliche Auffassung der Puerperalpsychosen im engeren Sinn. Für einen großen Teil derselben werden Sie auch eine weitgehende symptomatologische Verwandtschaft finden und darum nach der für die Intoxikations- und Erschöpfungspsychosen geltenden symptomatologischen Nomenklatur von einer durch das Puerperium erzeugten Psychasthenie oder von einer Amentia sprechen und die Prognose danach stellen können. Für



andere Puerperalpsychosen, — ich erinnere nur an jene Fälle, die wir als Depressionszustände auffaßten, — wird diese Nomenklatur nicht genügen. Doch ist da auch der kausale Zusammenhang meist weniger eng, so daß man höchstens nur von der Auslösung einer bestimmten Psychose durch den Generationsprozeß sprechen kann.

Ich schließe mit dem Satze, daß unser prognostisches Urteil für die Wiederherstellung der geistigen Gesundheit im allgemeinen um so günstiger lauten kann, je inniger der vorliegende Zustand mit dem somatischen Prozeß zusammenhängt. Der Nachweis eines derartigen Zusammenhanges ist symptomatologisch und klinisch zu führen. Symptomatologisch durch Identifizierung mit den Zustandsbildern, welche für infektiöse Schwächezustände charakteristisch sind, klinisch durch genaue Analyse der Antezedenzien und Ausschluß anderer, in Entwicklung befindlicher Krankheiten oder konkurrierender Krankheitsursachen. Dem Psychiater stehen beide Wege offen, aber auch der minder Erfahrene kann auf dem zweiten Wege zum Ziele gelangen.

Die häufigsten Krankheiten der Frauen der mittleren Postbeamten.

Von Dr. med. H. L. Eisenstadt.

Die Erhebung des Verbandes mittlerer Reichs-, Post- und Telegraphenbeamten zwecks Feststellung der Rentabilität einer eigenen Krankenkasse hat ein reiches Material über die häufigsten Krankheiten der mittleren Postbeamten, ihrer Frauen und Kinder geliefert. Folgenden Inhalt hatte der Fragebogen bezw. die Zählkarte, welche der einzelne Beamte auszufüllen hatte:

Mitglieds-Nr.: Oberpostdir.-Bezirk.
Stand. Wohnort.
Lebensalter . . Jahre.
Jährliches Diensteinkommen.
Wohnungsmiete.
Gehört bereits einer Krankenkasse an bezw. welcher?
Angabe ob ledig, verheiratet, verwitwet oder geschieden. (Zutreffendes zu unterstreichen.)
Zahl der Familienmitglieder, deren Kosten für Arzt und Apotheke vom Hausherrn bestritten werden — darunter Kinder im Alter von . . . Jahren.

Genaue Angaben der im Jahre 1909 entstandenen Kosten — Nachrichtliche Angaben 1908 1907

I. a) für ärztliche Behandlung ....
b) ,, spezialärztl. ,, ...
c) ,, zahnärztl. ,, ...
d) ,, Entbindungen (nur ärztliches Honorar).
II. a) Arzneien (ärztlich verordnet) ....
b) Verbandstoffe, sowie Brillen, Bruchbänder und dergleichen ....
III. für Bäder, Menagen und Stärkungsmittel ....
IV. Verpflegung in Krankenhäusern usw.
V. . . . Kuraufenthalt des in

Summa Mk.

Kurze Erläuterung, sofern die Kosten in einem Jahre den Betrag von 100 Mk. überstiegen haben, z. B. Blinddarmoperation des Hausherrn usw.

Würde der Beitritt zu einer Krankenkasse, welche den Mitgliedern und deren Familienangehörigen bei freier Arztwahl, Erstattung der Kosten für ärztliche Behandlung und für freie Arznei gewährt, erfolgen? Ja — Nein.



Diese Karten wurden im Büro des Verbandes in besondere nach Oberpostdirektionsbezirken angelegte Listen übertragen. Diese Listen erhielt ich zur Bearbeitung in medizinischer und medizinalstatistischer Beziehung; meine Aufgabe war es, die unter den Rubriken I—V und namentlich unter der Rubrik „Kurze Erläuterung" angebenen Mitteilungen herauszuziehen.

Es liegt auf der Hand, daß auf Grund dieser Fragen, die ganz leichten Erkrankungen eines der Jahre 1907—09 von den Befragten nicht näher gezeichnet wurden. Aber, selbst wenn auch die Krankheitskosten die Summe von 100 M. erreichten, oder überschritten, wurden in mancher Antwort nähere Angaben über die Art der Krankheit aus unbekannten Gründen unterlassen. Öfters ist auch statt der vom behandelnden Arzte mitgeteilten Krankheitsbezeichnung eine allgemeine Benennung wie „langwierige Krankheit der Frau, des Kindes" usw. aufgeführt, so daß eine derartige Notiz überhaupt nicht verwertet werden konnte, oder von mir in eine besondere Rubrik „Unbestimmt" zwecks Mitzählung aufgenommen wurde. Nicht immer ist das genaue Jahr der Erkrankung angegeben, besonders, wenn solche sich jahrelang hinzieht, aber es handelt sich stets nur um die Jahre 1907, 1908, 1909.

So ergibt sich eine Mindestzahl von Krankheitsfällen, welche zwar für die medizinalstatistische Betrachtung des ganzen Berufskreises nicht ausreichen, aber jedenfalls zum erstenmale einen Einblick in die häufigsten Erkrankungen dieser die geistigen Arbeiter überhaupt vertretenden Schicht gewähren wobei die Art der Häufung dem Arzte gewisse Anhaltspunkte über den beruflichen oder außerberuflichen Ursprung dieser Krankheiten abgibt.

Die häufigsten Krankheiten der Frauen der mittleren Postbeamten bieten in dreifacher Beziehung Interesse. Zunächst handelt es sich darum, die pathologischen Erscheinungen einer im allgemeinen beruflosen Schicht der weiblichen Bevölkerung kennen zu lernen uud zu erfahren, welche Krankheiten bei der heutigen Spätehe, Mitgiftehe, Kinderarmut für die mehr oder weniger wohlhabenden Frauen charakteristisch, typisch oder sozialpathologisch sind. Zweitens müssen gegenüber den beruflich tätigen Ehemännern bei diesen berufslosen Frauen gewisse Massenkrankheiten weniger auftreten, wenn der Beruf zu deren Häufung wesentlich beiträgt. Drittens ist ein Gegensatz dieser Frauen der Postbeamten zu den erwerbstätigen Beamtinnen zu erwarten, wenn der Beruf auf die zum Zölibat gezwungenen erwerbstätigen Frauen wesentlich anders wirkt als auf die berufstätigen Männer.

Es soll nach unten ausgeführt werden, in welcher Weise der Verband die Grundlagen für eine exakte medizinische Statistik im allgemeinen und für eine Krankheitsstatistik der Frauen der Verbandsmitglieder im besonderen legen muß.

Hier wollen wir die vom Verbandsvorstande angewandte Methode keiner Kritik unterziehen, sondern sogleich die Resultate betrachten. Zu bemerken ist, daß Interessenten aus der Veröffentlichung der Tabellen die kombinierten Erkrankungen (Abort und Typhus oder Blinddarm- und Unterleibsoperation) doppelt oder mehrfach nach den betreffenden Krankheitsgruppen zählen können. Hier aber, wo es sich darum handelt, die Endresultate übersichtlich mitzuteilen, kann die vorzugsweise den Mediziner interessierende Doppelzählung nicht berücksichtigt werden.



Krankheiten mit geringster Häufung sind:

1. Blasenleiden 5 Fälle, die Summe der Kinder beträgt bei ihnen 10, zwei haben 0 Kinder.
2. Unfälle: 23 Fälle, darunter 3 mit 0 Kindern, Gesamtkinderzahl 42+II. (Die römischen Zahlen in der Summe der Kinder bedeuten die Familienangehörigen über 18 Jahren.)
3. Typhus 10, Diphtherie und Scharlach 12, zusammen 22 Fälle, 3 mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl dieser Gruppen 37.
4. Luftröhrenkatarrh und Asthma. 10 Fälle. 3 mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 12+I.
5. Influenza 8 Fälle. Kein Fall mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 17.
6. Venenentzündung 10 Fälle. Kein Fall mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 27.
7. Augenkrankheiten 31 Fälle, davon 3 mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 58+VII. Augenoperationen wurden in 7 Fällen ausgeführt.
8. Blutarmut und Entkräftung 41 Fälle, darunter 5 mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 81+I.
9. 17 Fälle nicht operiert unter dem Titel „Varia". Dazu gehören 5 Fälle von Krebs, 1 bösartige Fleischgewulst, 2 Knochenentzündungen, 2 Hautkrankheiten, 1 orthopädische Behandlung, 1 Bruchanlage, 1 Brustentzündung, 1 Arterienverkalkung, 1 Armgelenkentzündung, 1 Schilddrüsenvergrößerung, 1 Leistendrüsenentzündung. Hierzu gehören 2 Fälle mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 38.
10. Gallensteine 37 Fälle. 2 Fälle mit 0 Kindern, 6 Gallensteinoperationen. Gesamtkinderzahl 86.
11. Herzkrankheiten 32 Fälle, darunter 1 Fall mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 59+II.

Als häufige Krankheiten sind aufzuführen:

12. Nierenleiden 50 Fälle, darunter 6 mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 117. 5 Nierenoperationen.
13. Rippenfell- und Lungenentzündung 53 Fälle, darunter 8 mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 112.
14. Rheumatismus und Gicht. 59 Fälle, darunter 7 mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 103+XVI.
15. Magenleiden 63 Fälle, darunter 12 mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 86+I.
16. Blinddarmentzündung 64 Fälle, darunter 46 Blinddarmoperationen. 15 Fälle mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 101+I.
17. In der Rubrik „Unbestimmt" (ständig krank, langwierige Krankheit usw.) sind 81 Fälle mit einer Gesamtkinderzahl 136+II aufgeführt. Hier sind 20 Fälle mit 0 Kindern vorhanden.
18. Hals-Nasen-Ohrenleiden 80 Fälle, 14 Fälle mit 0 Kindern. 9 Ohroperationen. Gesamtkinderzahl 122+V.
19. Zahnbehandlung 95 Fälle, darunter 7 mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 188+XIV,
20. Lungenkrankheit 134 Fälle, 25 Fälle mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 248+I.
21. Aufenthalt in Kurorten, Landaufenthalt 135 Fälle darunter 31 mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 181+VII.
22. Nervenleiden 186 Fälle, 41 Fälle mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 302+IV.

23. Operationen exkl. Unterl. Operationen 256 Fälle, 45 Fälle mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 462+IX.
24. Geburtsstörungen (schwere Entbindungen, Früh-, Fehlgeburten, Wochenbetterkrankungen usw.) Zahl der Fälle 335, darunter 25 Fälle mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 596+V.
25. Unterleibsleiden. Zahl der Fälle 407, darunter 198 Unterleibsoperationen und 86 Frauen mit 0 Kindern. Gesamtkinderzahl 653+XIV.

Die Gesamtzahl der kränklichen Frauen beträgt also für den Zeitraum 1907—09 2234. Auf diese kommen 92 Kinder über 18 Jahren und 3874 unter 18 Jahren. Zu diesen kränklichen Frauen gehören 366, das ist der 6. Teil, mit 0 Kindern. Auf jede dieser Frauen kommen 1,734 Kinder.

Die Geasmtzahl der Frauen mit 0 Kindern, zu denen doch auch viele nicht kränkliche Frauen gehören, hatte sich Dr. Guradze, Assistent am Statistischen Amt der Stadt Berlin, zu berechnen erboten. Aber leider hat bisher der Verbandsvorstand zu dieser Verwertung der Zählkarten sich nicht entschlossen.

Aber auch so läßt sich an der Hand unseres Materials die Zahl der Frauen, die aus anatomischen Gründen außerstande sind, schwanger zu werden, in diesem Berufsstande abschätzen. Zu den 366 Frauen mit 0 Kindern, bei denen natürlich diese Statistik nicht angibt, wie viele jung verheiratet sind, wie viele Früh- oder Fehlgeburten hatten, wieviel 1 oder mehr lebende, nachträglich gestorbene Kinder geboren hatten, kommen noch viele, bei denen bei einer Unterleibsoperation die Fähigkeit zu erneuter Schwangerschaft beseitigt wurde. In der Gruppe Unterleibsleiden sind angegeben 198 Unterleibsoperationen, abzuziehen wären hier 86 Frauen mit 0 Kindern.

In der Gruppe Operationen sind gewiß sehr viele Unterleibsoperationen enthalten. Die Befragten haben wohl hier Operation statt Unterleibsoperation angegeben. 64 Fälle sind hier als sonstige Operationen angegeben worden, nämlich 20 Brust-, 6 Darm-, 5 Schilddrüsen-, 4 Bauch-, 2 Knochen-, 4 Bruch-, 2 Bein-, 2 Hämorrhoiden-, 2 Polypen-, 2 Fettgeschwulst-, 2 Blutvergiftungs-, 2 Handoperationen, und 11 andere Operationen. Vielleicht sind auch die Bauch-Polypen- u. a. noch den Unterleibsoperationen zuzuzählen. Rechnen wir diese 64 Fälle von den 256 sonstigen Operationen ab, dazu 45 Fälle mit 0 Kindern ab, so ergibt sich $198 + 256 + 366 - (45 + 86 + 64) = 625$ Fälle von Unterleibsleiden mit wahrscheinlicher Sterilität. Dazu kommen noch diejenigen Fälle von Unterleibsleiden, die nach der Geburt von Kindern durch das Unterleibsleiden die Fähigkeit zur Empfängnis verloren haben; ihre Zahl ist nicht bekannt.

Jedenfalls dürfte die Schätzung, daß der vierte Teil aller kränklicher Frauen zu dauernder Unfruchtbarkeit bestimmt ist, richtig sein. Würde nun noch die Zahl der nicht kränklichen Frauen ohne Kinder, worin die Zahl der Männer mit krankhafter Veränderung der Samenwege und mit Verlust der Samentiere (Spermatozoen) inbegriffen ist, hinzukommen, so ließe sich der Umfang der Geburtenabnahme aus anatomischen Gründen genau feststellen. Dafür, daß es sich um einen dauernden Geburtenverlust handelt, sorgt die Erschwerung bezw. Unmöglichkeit der Ehescheidung und der Mangel einer ärztlichen Kontrolle der Ehekandidaten.

Den verschiedenen Organkrankheiten entspricht eine verschiedene



Kinderzahl pro Kopf. Hier sind nur die häufigsten Krankheiten zu betrachten, weil bei den seltenen das Material zu klein ist. So beträgt für Nierenleiden die Kinderzahl pro Kopf 2,34, für Rippenfell- und Lungenentzündung 2,11; wahrscheinlich gibt die häufige Mutterschaft ein auslösendes Moment für die Entstehung dieser Krankheiten ab (Nephritis gravidarum). Bei den Müttern, welche Kinder über 18 Jahre haben, muß das Alter einen gewissen Anteil an der Krankheitsentstehung haben, wenn die Zahl der Kinder über 18 Jahren pro Kopf größer ist als der Zahl der Mütter entspricht. Nach einem Rat von Dr. H. Guradze, dem ich an dieser Stelle meinen Dank ausspreche, berechnete ich auf die 2234 kranken Frauen die durchschnittliche Zahl der Kinder über 18 Jahren. Sie beträgt pro Kopf 92:2234 = 0,04. Entsprechend der Zahl der Mütter müßten Personen über 18 Jahren vorhanden sein

bei		Tatsächlich beträgt diese Zahl	
Rheumatismus	2,36	XVI	(1,75)
Magenleiden	2,52	I	(1,37)
Blinddarmentzündung	2,56	I	(1,58)
Unbestimmt	3,24	II	(1,68)
Hals-, Nasen-, Ohrenleiden	3,20	V	(1,525)
Zahnbehandlung	3,80	XIV	(1,98)
Lungenkrankheiten	5,36	I	(1,85)
Aufenthalt in Kurorten	5,40	VII	(1,34)
Nervenleiden	7,44	IV	(1,62)
Operationen	10,24	IX	(1,805)
Geburtsstörungen	13,40	V	(1,78)
Unterleibsleiden	16,28	XIV	(1,60)

Das höhere Alter äußert seinen Einfluß nur bei Rheumatismus, Hals-, Nasen-, Ohrenleiden, Zahnbehandlung, Aufenthalt in Kurorten; nur bei diesen Affektionen ist die tatsächliche Zahl der Kinder über 18 Jahren höher als die erwartete. In Klammern habe ich die durchschnittliche Kinderzahl unter 18 Jahren dieser Gruppen beigefügt.

Besonders niedrig ist die Kinderzahl bei Aufenthalt in Kurorten, Magenleiden, Hals-, Nasen-, Ohrenleiden, Blinddarmentzündung, Unterleibsleiden, Nervenleiden und bei „Unbestimmt", Aber auch die Lungenkrankheiten weisen eine Kinderzahl auf, die weit niedriger als bei Rheumatismus und Nierenleiden ist, während man doch hätte erwarten müssen, daß bei häufiger Inanspruchnahme durch Entbindung, Schwangerschaft und Wochenbett mehr Lungentuberkulose auftreten würden.

Die Berechnung der Krankheiten auf 1000 Lebende für diese Jahre 1907—09 ist deshalb möglich, weil die Zahl der verheirateten Familienväter, die den Fragebogen ausgefüllt haben, uns bekannt ist. (Vergl. Über die Kinderarmut der mittleren Postbeamten. Nachtrag zu den „Beiträgen zu den Krankheiten der Postbeamten" Berlin 1911, Verlag des Deutschen Postverbandes.) Die Zahl dieser Familienväter beträgt 18232.

Auf 18232 Frauen kommen	Auf 1000 Frauen kommen
5 Blasenleiden	0,274
23 Unfälle	1,261



Auf 18 232 Frauen kommen		Auf 1000 Frauen kommen
22	Typhus, Diphtherie, Scharlach	1,207
10	Luftröhrenkatarrh	0,548
8	Influenza	0,439
10	Venenentzündung	0,548
31	Augenkrankheiten	1,700
41	Blutarmut	2,249
17	Nicht gruppiert	1,478
37	Gallensteine	2,029
32	Herzkrankheiten	1,755
50	Nierenleiden	2 742
53	Rippenfell-Lungenentzündung	2,907
59	Rheumatismus und Gicht	3,236
63	Magenleiden	3,455
64	Blinddarmentzündung	3,510
81	Unbestimmt	4,443
80	Hals-, Nasen-, Ohrenleiden	4,388
95	Zahnbehandlung	5,2105
134	Lungenkrankheit	7,3495
135	Aufenthalt in Kurorten	7,404
186	Nervenleiden	10,202
256	Operationen	14,041
335	Geburtsstörungen	18,374
407	Unterleibsleiden	22,323

Soweit sind die aus dieser Statistik zu Tage geförderten Tatsachen geschildert. Wollen wir ihre Erklärung versuchen, so müssen wir uns in das dunkle Gebiet der sexualen Theorie begeben.

Zunächst fragen wir, woher stammen die zahlreichen, das Bild beherrschenden Fälle von Unterleibsleiden und Unterleibsoperationen? Daß ein Teil derselben, namentlich bei den Frauen mit 0 und 1 Kindern von einer Geschlechtskrankheit des Mannes (Gonorrhoe oder Syphilis) bedingt sind, dürfte nicht zu bezweifeln sein. Wir können uns wohl vorstellen, daß die sexuelle Erkrankung des Mannes vor der Ehe schuld ist an Kinderlosigkeit der Ehefrau und diese zu Kuren besonders an Badeorten wegen Ausbleibens der Schwangerschaft veranlaßt.

Allein, damit ist das auffallende Vorkommen der Nervenkrankheiten — man bedenke, es handelt sich um berufslose Frauen — und die zahlreichen Geburtsstörungen und Operationen nicht ausreichend erklärt. Wir müssen vielmehr auf einige neuere vielumstrittene Theorien eingehen, um die wahren Quellen aufzudecken. Da ist zunächst die besonders von M. Marcuse vertretene Anschauung, daß die sexuelle Abstinenz ganz allgemein gesundheitsschädlich ist, eine Anschauung die auf der Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Jahre 1911 zu Dresden einen lebhaften Meinungsaustausch der Gelehrten hervorgerufen hat, ins Feld zu führen.

Weiter ist hinzuweisen auf die Theorie des Gynäkologen H. Sellheim — sie bedeutet einen Ausschnitt der Marcuseschen Theorie — daß die verspätete Mutterschaft zum Vorfallleiden (Genitalprolaps) disponiert. Erfolgt die erste Mutterschaft zu 17 oder 18 Jahren, so wird die Entstehung des Vorfallleidens verhütet. Sellheim meint auch, daß die Hinaufschiebung der Mutterschaft beim Weibe andere Krankheitserscheinungen bedinge, so z. B. Stillunfähigkeit oder Disposition



zur Entstehung von Geschwülsten schafft. Er hat seine Gedanken hierüber in einem interessanten Buche „Das Geheimnis des Ewig-Weiblichen“ zusammengefaßt. Ferner ist hier auf die noch im Experimentalstudium befindliche Lehre von der inneren Drüsensekretion, ihren Beziehungen zur Sexualphysiologie und Psychopathologie hinzuweisen.

Schließlich ist hier auch eine Theorie ins Auge zu fassen, welche besonders heftigen und erbitterten Streit bei ihren Anhängern und Gegnern hervorgerufen hat, das ist die Sexualtheorie des Wiener Nervenarztes S. Freud. Nach Freud wird die Unterdrückung der geschlechtlichen Befriedigung entweder durch künstlerische oder intelektuelle Sublimierung kompensiert oder es entstehen psychopathologische Zustände (Hysterie, Neurose u. a.)

Die Sexualtheorie Freuds und seiner Schüler verwirklicht auf Grund reicher klinischer Beobachtung eine bereits von dem Kliniker O. Rosenbach aufgestellte Forderung, daß psychische Erregungen Krankheitszustände sowohl auf psychischem als auf somatischem Gebiete zur Folge haben müssen.

Mit eignen Beobachtungen und literarischen Nachweisen hat besonders Paul Cohn diese Meinung in seiner Studie „Gemütserregungen und Krankheiten“ Berlin 1903 zu stützen gesucht, wobei er allerdings, beherrscht von den Vorstellungen, die er auf der Universität gewonnen hat, diesen „Vermutungen“ eine Berechtigung in der ätiologischen Forschung zu geben, sich nicht recht getraute. Paul Cohn führt aus (S. 72): „Ein Fall von Tuberkulose, den wir bei einem stets gesunden und durchaus nicht phthisisch gebauten oder hereditär veranlagten jungen Manne auffallend rasch im Verlaufe einer ihn außerordentlich mitnehmenden unglücklichen Liebe entstehen sahen, hat uns über die Möglichkeit eines derartigen Zusammenhanges — zwischen Trauer und Entstehung von Schwindsucht — einmal recht ernst nachzudenken veranlaßt. Von „Beweis“ durch einen solchen Fall soll natürlich nicht die Rede sein. Er meint (S. 71) „Trauer verschlechtert die Blutzirkulation besonders in den Brustorganen. Der Muskeltonus wird im allgemeinen und bei den Atemmuskeln verringert. Die Lungenspitzen werden dadurch benachteiligt. Der Appetit wird beeinträchtigt, das Herz wird langsam geschwächt. Das Zusammentreffen dieser Umstände begünstigt das Zustandekommen einer Lungentuberkulose. Besonders in der Pubertätszeit, als der Hauptentwicklungszeit für die spätere Dauerform von Skelett und Körpermuskulatur, mögen die niederdrückenden Gemütserregungen die Disposition zur Phthise erhöhen können.“

Erst von diesen sexualtheoretischen Erwägungen aus ist es möglich, für die Massenkrankheiten der Frauen der mittleren Postbeamten eine Erklärung zu versuchen. Ihre späte Eheschließung bedingt Störungen bei der ersten Entbindung (Anwendung der Zange), Vorfallleiden, das früher oder später eine Unterleibsoperation nötig macht. Bei der späten Ehe bringen sie Disposition für Nervenleiden, Lungenleiden, Ohrenleiden und andere Krankheitszustände mit, bei denen der krankmachende Einfluß des Zölibats vor der Ehe noch nicht näher erforscht ist. Das Zölibat vor der Ehe bewirkt, so müssen wir annehmen, an verschiedenen Organen vorzeitige Altersveränderungen, die vielfach in der Ehe oder erst nach den Geburten in Erscheinung treten.

Man sollte meinen, für deprimierende Stimmungen sei bei den



Frauen der mittleren Postbeamten kein Raum: ihr Mann ist versorgt, pensionsberechtigt, ihre 2 oder 3 Kinder machen ihnen für die Zukunft keine Sorgen. Dem ist aber in der Wirklichkeit nicht so. Einmal bringt der eigenartige vielfach unregelmäßige und anstrengende Dienst des Mannes (Nachtdienst) Unruhe, keineswegs herrscht hier das zufriedene Einerlei wie bei anderen Beamtenkategorien. Das Gehalt reicht vielfach nicht für die notwendigsten Lebensmittel, erst recht nicht für die durch Kränklichkeit in der Familie bedingten Ausgaben aus. Der mittlere Beamte nimmt schon seiner Bildung nach eine höhere soziale Stellung als der Arbeiter oder Unterbeamte ein und da bedeutet wegen der erhöhten „Repräsentation" das gegenüber dem Unterbeamten höhere Gehalt keine Befriedigung.

Viele dieser Frauen werden durch den coitus reservatus und die Sorge um das regelmäßige Eintreffen der Menstruation nervös. Bei vielen anderen ist die Kinderlosigkeit oder das Fehlen weiterer Konzeption nach dem Vorhandensein eines einzigen Kindes eine Quelle nervöser Zustände.

Interessant ist der Hinblick auf die Lungentuberkulose bei diesen Frauen. Der Zahl nach, selbst wenn man hier Rippenfell-Lungenentzündung und Lungenkrankheit zusammenzählt, steht sie keineswegs an erster Stelle, sondern hat dann etwa denselben Platz wie die Nervenkrankheiten. Dagegen lehrt uns die Todesursachenstatistik z. B. aus dem Bremischen Statistischen Amt 1911 Nr. 1, daß dort im Alter von 30—60 Jahren in den Jahren 1901—1910 sowohl die Männer als die Frauen des Mittelstandes die Lungentuberkulose als das Maximum der Todesursachenfrequenz aufweisen. Dasselbe gilt für die mittleren Postbeamten und die Post- und Telegraphenbeamtinnen: bei beiden ist die Tuberkulose die Haupttodesursache. Ich kann mir diesen Gegensatz nur so erklären, daß die Frauen der mittleren Postbeamten dank der von Meisterhand ausgeführten Unterleibsoperationen vor Tuberkulose geschützt werden, wie ja bekanntlich bei Tieren nach der Kastration Fettansatz einzutreten pflegt. Wenn also bei den Männern mehr Hoden- und Nebenhodenentzündungen operiert werden, wird auch hier ein weit bedeutenderer Rückgang der Tuberkulose erzielt werden, als ihn die Heilstätten je erreichen können. Die „Andrologie" möge sich an den Erfolgen der Gynäkologie ein Beispiel nehmen. Inwieweit gonorrhoische und syphilitische Infektion hier einen Schutz gegen Tuberkulose abgeben, läßt sich aus der Statistik nicht ersehen.

Mancher Rassentheoretiker wird vielleicht diese Massenkrankheiten auf angeborene Degeneration zurückzuführen geneigt sein und z. B. auf die vielen Zahnoperationen, auf die Brustoperationen hinweisen. Eine derartige Erklärung wird gewiß allen den Ärzten willkommen sein, die nun einmal von dem Glauben an die angeborene Schwäche des betreffenden Organs als an eine weitverbreitete Krankheitsursache nicht lassen können. Daß auch hier in gewissem Umfange degenerative Tendenzen vorhanden sind, möchte ich nicht bestreiten, obwohl vor allem hier der Rückgang der Stillfähigkeit zu beweisen wäre. Auf Grund der oben angeführten Zahlen für die Verbreitung der Unterleibsoperationen führe ich jedoch diese Massenkrankheiten vorzugsweise auf erworbene Schädigungen zurück: diese scheinen mir die Krankheiten auf degenerativer Grundlage zu überwiegen.

Will man statt dieser Erklärungsversuche Beweise sehen, so bleibt nichts anderes übrig, als diese Statistik in eine Kasuistik umzuwandeln,



eine exakte wissenschaftliche Erhebung ohne Rücksicht auf die Kosten mit Hilfe eines Verbands- oder Gewerkschaftsarztes einerseits und der behandelnden Ärzte andrerseits durchzuführen. (Vergl. Beiträge zu den Krankheiten der Postbeamten II. Teil). Die wichtigste Aufgabe dieses Gewerkschaftsarztes ist: von jedem Mitgliede, dessen Frau und Kindern eine Lebensgeschichte, und zwar vom Eintritte in den Verband ab, zu fuhren. In dieser Lebensgeschichte würde der Tag der Eheschließung, das Alter beider Ehegatten am Tage der Trauung eingetragen werden müssen.

Weiter würde der Gewerkschaftsarzt nach der Korrespondenz mit dem behandelnden Arzte, Spezial-, Krankenhaus-, Badearzte usw. die Art einer Operation, oder Krankheit jede Entbindung, Früh-, Fehlgeburt usw. eintragen. Von jeder Konzeption würde so Notiz genommen werden und z. B. die genaue Zahl der Konzeptionen, Geburten, und lebenden Kinder beim Tode der Gatten gezählt werden.

Bisher hatten die Gewerkschaften kein Geld und keine Zeit für derartige Untersuchungen: sie haben mit der Not der gegenwärtigen Generation so viel zu tun, daß sie gar nicht an die künftige denken können.

Es liegt aber im eigensten Interesse der Verbände und Gewerkschaften, derartige Untersuchungen anzustellen und die Kosten für die Gutachten der behandelnden Ärzte nicht zu scheuen.

Beispielsweise hat der Generalsekretär des Verbandes mittlerer Reichs-, Post- und Telegraphenbeamten auf dem Verbandstage 1911 zu Berlin eine vom Verband einzuführende Tuberkulosefürsorge befürwortet. Aus der Krankheitsstatistik der Ehefrauen ergibt sich, daß von den Ehefrauen pro Jahr nur 44 bis höchstens 62 an Tuberkulose erkranken. Da brauchte man also für die Frauen nicht die Fürsorge zu zentralisieren, sondern ein ständiges Sanatorium wäre hier zweckentsprechender.

Weit billiger, rationeller und dringlicher wäre in Anbetracht der großen Zahl der Unterleibsleiden die Einführung eines ärztlichen Beirats für Ehekandidaten durch den Verband, deren bessere Kontrolle und Auswahl vor der Eheschließung die Unterleibs-, Nerven- u. a. Krankheiten der Ehefrauen beträchtlich verringern würde. Im Interesse der Krankheitsverhütung unter den Mitgliedern liegt es den Gewerkschaften und namentlich den Verbänden der geistigen Arbeiter ob, die sexuelle Frage zu studieren und zur Bekämpfung der Sexualpathologie Vorkehrungen zu treffen. Indem die Gewerkschaften sich mit dem Arzte in Verbindung setzen, pflegen sie die Theorie der sozialen Pathologie und Hygiene im kleinen: sie treiben Gewerkschaftsmedizin und Gewerkschaftshygiene. Wenn sie dann, wie ich in den „Beiträgen zu den Krankheiten der Postbeamten" Teil II ausgeführt habe, einen größeren Zwang auf das sogenannte Privatleben ihrer Mitglieder ausüben, so liegt dieser Zwang sowohl im Interesse der Mitglieder als auch dieser sozialen Gebilde selbst, welche durch die moderne Sexualpathologie leicht völlig vernichtet werden können.

Selbstverständlich ist die Technik dieser gewerkschaftsärztlichen Einrichtung so durchzuführen, daß niemals das dem Arzte anvertraute Geheimnis verletzt oder gar zur wirtschaftlichen Schädigung des Kranken verwendet wird. Aus diesem Grunde befürworte ich hier eine Einrichtung freiwilliger Selbsthilfe und nicht etwa einen Ausbau der geheimen Personalakten durch die Postvertrauensärzte. Vielfach mit Recht würden die Verbandsmitglieder der Mitteilung an eine



offizielle Stelle sich entziehen, während sie dem von ihnen angestellten Arzt gern alle Angaben machen werden.

Daß der Staat ein wesentliches Interesse an der Förderung der Erhebungen des Gewerkschaftsarztes haben müßte, wird jeder zugeben, der die Bedeutung direkter Krankheitsstatistiken für die Volkswohlfahrt erkannt hat. Ferner müßten die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften und zwar alle, denen die ätiologische Forschung unentbehrlich ist, durch finanzielle Unterstützung diese Studien gutheißen.

Vielleicht werden mit der Zeit auch die Arbeitgeber wahrnehmen, daß diese Gewerkschaftsmedizin in ihrem eigensten Interesse liegt. Da sie ihnen Winke für die Erhaltung ihrer Arbeiter gibt, müßten sie gerade für solche Studien gern Mittel zur Verfügung stellen. Man wird vielleicht zu allen diesen Betrachtungen die bequeme Kritik haben: das Urmaterial ist unzuverlässig, folglich ist diese Statistik und ihre Deutung unrichtig. Die logische Konsequenz eines derartigen Standpunktes führt zur Devise: „Quod non est in actis, non est in mundo", d. h. zur Geringschätzung der medizinischen Statistik. Will man aber exaktes Urmaterial schaffen, so darf man vor den Kosten dieser neuen ärztlichen Begutachtung nicht zurückschrecken.

Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie.

Jerofejewa, Marie (St. Petersburg), **Starke faradische Hautreizung als bedingter Erreger der Speicheldrüsenarbeit bei Hunden.** (St. Petersburger Medizin. Zeitschr. 1912, Nr. 7, S. 99.)

Im Pawlowschen Laboratorium hat man die alte Erfahrung, daß ein geringfügiges Trauma die im Organismus vorhandenen Mikrobien anzieht und lokalisiert, in eigentümlicher Weise variiert. Unter normalen Verhältnissen wird jeder äußere Reiz, der die Hemisphären überhaupt erreicht, dort dispergiert, zerstreut. Besteht aber schon an irgend einer Stelle ein zentraler Reizungsherd, so verbindet sich der neuankommende Reiz mit ihm, sei es mit positivem oder mit negativem Vorzeichen. Fräulein Dr. Marie Jerofejewa hat das in diese Form eingekleidet, daß sie einem Hund, welcher für gewöhnlich auf einen bestimmten faradischen Hautreiz mit deutlicher Schutzreaktion antwortete, gleichzeitig mit diesem Reiz Fleisch-Brot-Pulver vorhielt. Sofort hörten die Schutzreaktionen auf, und nur die Speichelsekretion zeigte eine Zunahme.

Orale Zuführung von 0,21 % Salzsäurelösung vermochte wohl die Schutzreaktionen zu unterdrücken, nicht aber die Speichelsekretion anzuregen.

Die Idee, kombinierte Reize zu studieren, erscheint sowohl für Physiologie wie für Psychologie im höchsten Grade beachtenswert und fruchtbar.

Buttersack-Berlin.

v. Oefele (New-York), **Selennachweis im Urin bei Karzinom** (New-Yorker med. Monatschr., April 1912.)

Klein, Fr. (New-York), **Selen und Oxydation.** (Ebenda).

Zur Selentherapie des Karzinoms liegen zwei weitere hauptsächlich physiologisch-chemische amerikanische Veröffentlichungen Dr. v. Oe.s und



Dr. K.s vor (vergl. das Referat über Dr. v. Oe.: „Selen als Karzinomheilmittel"). v. Oefele bemerkt, daß, seitdem Selenpräparate häufiger zur Karzinombehandlung verwendet worden, auch der Nachweis von Selen im Urin häufig wünschenswert bezw. notwendig geworden sei, und gibt ein Verfahren hierzu an. Selen erscheint im Urin hauptsächlich als Natriumselenit, zum Teil auch als Derivat von Methylselenid. Bei Zusatz von Selenurin zu einer schwachen Lösung von Leukomethylenblauzinkchlorid-Doppelsalz tritt nach Kochen eine tiefblaue Färbung auf. — Dr. Klein, der nach seiner eigenen Angabe als Erster in Amerika in Verbindung mit seinen ärztlichen Freunden das Selen empfohlen hat, führt aus, daß jeder pathologische Prozeß mit bestimmten chemischen Vorgängen im Organismus verbunden sei, welche nachzuweisen Aufgabe der physiologischen Chemie sei. Der wichtigste Vorgang ist die Oxydation. Ist diese ungenügend oder zu stark, so treten Störungen im Organismus auf, bei Hyperoxydation (zu schneller Stoffwechsel von Neubildung und Abbau des Zellgewebes) ein dem Karzinom völlig gleicher Zustand. In diesem Sinne führt er einige einfache und doch sehr wichtige Selenreaktionen an, die sich wahrscheinlich im Organismus ebenso abspielen, wie im Reagenzglas. Unter anderem wies er nach, daß durch Einwirkung von Licht auf Selen Oxydation entsteht. Wie in dem hierzu angestellten Experiment Licht, Selen und Silbernitratlösung, so stünden im Körper Licht, Selen und Zellkern zu einander in Beziehung und einem bestimmten Verhältnis. Weitere Versuche ergaben, daß der naszierende Sauerstoff schwer lösliche Körper wie Harnsäure, Keratin, Xanthin usw. leicht löst.

Nebenbei bemerkt, sprach in der Sitzung der New-Yorker Deutschen med. Gesellschaft vom 4. März 1912 v. Oefele über „Die quantitative Urinanalyse mit besonderer Berücksichtigung des Karzinomstoffwechsels", ferner Dr. F. Bullinger über „neuere Behandlung des Karzinoms mit seltenen Elementen mit besonderer Berücksichtigung des Radiums und Mesothoriums", und Dr. E. Keßler über „meine Erfahrungen mit verschiedenen Selenpräparaten in der Karzinomtherapie". Nach Veröffentlichung der Vorträge und der sich anschließenden Besprechungen wird darüber kurz berichtet werden.

Peltzer.

Bakteriologie und Serologie.

Cohendy, Michel (Paris), Kann man ohne Mikrobien leben? (Annales de l'Institut Pasteur 1912, Nr. 2.)

Lange Zeit schien diese Frage in negativem Sinne entschieden zu sein. Jetzt hat Cohendy in müheseligen Versuchen, die sich über 3 Jahre erstreckten, für das Hühnchen das Gegenteil bewiesen. Diese kleinen Wirbeltiere entwickelten sich auch keimfrei ganz normal, und nur das stellte sich heraus, daß sie die ihnen gebotene Nahrung weniger vollständig ausnützten als die Kontrolltiere; sie mußten dementsprechend mehr fressen.

Wurden die Versuche abgebrochen und die Tiere frei gelassen, so reagierten sie in keiner Weise auffallend auf die nun in Massen auf sie einstürmenden Mikroorganismen. Buttersack-Berlin.

Berkeley u. Beebe, Ein neues Krebsserum. (Medical Record 1912, Nr. 11.)

Wahrscheinlich ist die Mehrzahl der Ärzte gegen „vorläufige Mitteilungen" immun geworden und reagiert auf ein neues Krebsheilmittel höchstens mit freundlichem Lächeln. Die Notiz, daß die beiden Ärzte am Huntington-Krebs-Institut wieder ein neues Serum hergestellt und ganze 15 Krebskranke damit gebessert (!) haben, sei auch nur deshalb erwähnt, um zu zeigen, daß der Unfug, unerprobte Mittel urbi et orbi zu verkündigen, immer noch im Schwange ist. —

Die Lust am Publizieren nimmt nachgerade eine beängstigende Ausdehnung an. Die Alten überlegten sich im Hinblick auf ihre schwer zu handhabenden Schreibutensilien genau, was sie sagen wollten. Heute fließt das Wort, unaufgehalten durch das Filter kritischen Denkens, mühelos in



die Schreibmaschine. Mit Theognis aus Megara kann man auch heute wieder klagen:

„Zu den olympischen Höh'n kehrten die Göttinnen heim.
Treue, die mächtige Göttin, entwich; es entwich die gestrenge
Zucht; und die Grazien, Freund, suchst du auf Erden umsonst."

Buttersack-Berlin.

Innere Medizin.

Neuhof (New-York), Clinicals observations of reflex vagus phenomena grouped in symptom complexes. (The americ. journ. of the medical Sciences 1912, H. 5.)

1. Das Studium der Reflexphänomene ist von großer Wichtigkeit mit Bezug auf Vagusreizung. 2. In manchen Fällen von gastrischen Affektionen und von unregelmäßiger Herztätigkeit wird eine sorgfältige Überwachung des klinischen Bildes und die Nachforschung nach anscheinend unbedeutenden Symptomen die Bedeutung der Vagusreizung im Symptomenkomplex enthüllen. 3. Die Entdeckung eines solchen Symptomenkomplexes ist von spezieller Bedeutung für Prognose und Therapie. 4. Magengeschwüre können gelegentlich ausgehen von erheblicher funktioneller Vagusreizung (Shok — primäre gastrische Neurose — Störungen der Magensekretion — der Zirkulation — Ulkus). 5. Einige anscheinend hysterische Symptome kann man als rein funktionell (Reizung des Vagus) und nicht neurotisch im gewöhnlichen Sinne des Wortes bezeichnen.

v. Schnizer-Höxter.

Sergent, Em. (Paris), Pupillen-Ungleichheit bei Erkrankungen des Respirationsapparates. (Progrès méd. 1912, Nr. 19, S. 234—239.)

Auf das den Klinikern längst geläufige Symptom ungleicher Pupillen bei Lungen- und Pleuraaffektionen macht Sergent von neuem aufmerksam. Allein trotz der Breite seiner Ausführungen weiß der Leser schließlich doch nicht genau, was er damit anfangen kann. Entspricht die weitere oder die engere Pupille der Sedes morbi in den Lungen? Diese Frage läßt S. unentschieden, und ich kann sie trotz jahrelang darauf gerichteter Aufmerksamkeit auch nicht beantworten. Der Grund mag darin liegen, daß unsere physikalischen Untersuchungsmethoden zwar anzeigen, wo Veränderungen sich etabliert haben, daß aber das Fehlen von derartigen Zeichen keineswegs mit der gleichen Sicherheit auf intakte, histologisch normale Organe schließen läßt. Das wußte übrigens schon Skoda. Wenn wir die Verengerung bezw. Erweiterung der Pupillen als Reflex auffassen, so leuchtet ein, daß beginnende Reizerscheinungen an den Lungen diesen Reflex eher auslösen, als wenn im Laufe der Zeit sich demarkierende Verdickungen, Narben usw. gebildet haben. Aber natürlich können auch neu aufflackernde Entzündungen von hier aus neue Reize ausüben. Für die tägliche Praxis ist mithin die Pupillendifferenz bei Respirationserkrankungen vorerst noch von beschränktem Wert. Buttersack-Berlin.

Fetterolf and Norris, The anatomical explanation of the relatively less resonant, higher pitsched, vesiculotympanitic percussion note normally found at the right pulmonary apex. (The american journ. of the medic. Sciences 1912, H. 5.)

1. Die Rechtshändigkeit hat keinen Einfluß auf Stimmresonanz, Fremitus, Perkussionsschall oder Resonanz der Spitzen. 2. Der Perkussionsschall bei Gesunden ist praktisch immer weniger resonant und höher auf der rechten Spitze außer bei ungewöhnlich gut entwickelten linken Pektoralmuskeln und nur dann, wenn sehr leichte Perkussion angewandt wird. 3. Die normalen Differenzen sind Folgen der Anteriorposition der großen Gefäße in Hinsicht auf die rechte Spitze, im Vergleich zur linken, der daraus folgenden Reduktion der Größe der rechten Spitze und des Kontaktes der inneren Oberfläche der rechten Spitze mit der Trachea, während die linke nicht resonierendes solides Gewebe berührt. 4. Die Differenzen sind am ausgesprochensten vorn und medial, weil in dieser Situa-



tion Trachea und Gefäße ihren größten Einfluß ausüben, weniger ausgesprochen hinten und medial, wo bloß der Einfluß der Trachea vorliegt, und am wenigsten ausgesprochen seitlich, weil dieser Teil von der Trachea ziemlich weit entfernt ist und die Gefäße praktisch hier auf beiden Seiten gleichen Einfluß haben. v. Schnizer-Höxter.

Moravek, Magenkarzinom und Unfall. (Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1911, Nr. 12.)

Nach einem heftigen Schlag in die Magen- und Nierengegend Blutharnen und Schmerzen in Bauch und Rücken. 16 Monate später treten die ersten Erscheinungen eines Magenkarzinoms auf, durch welches ein tödlicher Ausgang herbeigeführt wird. Unter Beziehung auf die bekannten Thiemschen Forderungen führt Moravek folgendes aus:

„ad 1. Der Unfall für sich, als auch der Mechanismus desselben ist nicht nur nachgewiesen, sondern war auch derart, daß er eine Störung der Gewebe des Magens (Blutaustritte usw.) zur Folge haben konnte.

ad 2. Die Gewalt wirkt mit großer Vehemenz an Stellen, wo sich die Geschwulst später entwickelte. Außer einer leichten Parese waren zwar keine Symptome vom Magendarmkanal vorhanden; doch ist nicht ausgeschlossen, daß dieselbe Gewalt, die eine Nierenruptur verursachte, auch eine Schädigung der Magenwand hervorgerufen hatte.

ad 3. Die Geschwulst entwickelte sich an der Stelle der Einwirkung der Gewalt.

ad 4. Zwischen dem Unfalle (am 1. Februar 1909) und der Zeit der ersten Zeichen der Geschwulst (Juni 1910) verging eine Zeit von 16 Monaten. Die Symptome (Erbrechen, Zeichen der Kachexie) waren zu dieser Zeit schon so deutlich ausgeprägt, daß es sich zweifellos um ein Karzinom, das sich nach dem Unfalle entwickelt hat, handelte.“

Es läßt sich demnach mit Wahrscheinlichkeit annehmen, daß die Gewalt als Auslösungsursache der Geschwulstbildung anzusehen sei. Eine Verschlimmerung einer schon bestehenden Geschwulst durch den Unfall sei hier ausgeschlossen. H. Pfeiffer-Graz.

Jacoulet, Die Behandlung der akuten allgemeinen Peritonitis. (Paris méd. März 1912, Nr. 17.)

Die Behandlung vor der Operation besteht zunächst in der richtigen halbsitzenden Lagerung nach Fowler, die auch beim Transport nach Möglichkeit durchzuführen ist. Sodann sorge man für absolute Ruhigstellung des Darmes und Mesenteriums, deren Bewegungen die Infektion verbreiten, durch Auflegen einer großen Eisblase. Endlich hebe man die Kräfte durch subkutane Injektionen künstlichen Serums, denen man nach Heidenheim 6—10 gtt. 1 ‰ Adrenalin pro 1 l zusetzt. — Der Erfolg der Behandlung hängt ab von der Operation, bei welcher auf die oben genannte Lagerung freilich verzichtet werden muß. Immerhin lagert man den Oberkörper des Patienten möglichst hoch. Wichtig ist die Wahl einer möglichst ungiftigen Anästhesierung: Äther statt Chloroform! lokale Novokain-Anästhesie genügt meist. Die Rückenmarksanästhesie schädigt das Herz. — Schnittlinien: bei Appendizitis perforativa oder Typhus breiter Schnitt längs des äußern Rektus-Randes; oder weiter nach außen: einen Querfinger breit nach innen von der Sp. il. a. s. — Bei Durchbruch eines Ulcus ventriculi oder duodeni Schnitt über dem Nabel quer zum M. rectus oder neben seinem äußeren Rande. — In Zweifelsfällen macht man den Appendizitis-Schnitt, der event. nach oben verlängert, oder drainiert und durch den hohen Schnitt ergänzt wird. — Es gilt die Peritonitis-Ursache zu bekämpfen: Multiple Drainage allein genügt also nie! Die perforierte Appendix erfaßt man, ligiert mit einem Katgutfaden Mesenteriolum und Basis des Fortsatzes, durchtrennt das Ganze kaustisch und reponiert das Coecum, ohne sich mit der Versenkung des Stumpfes unnötig aufzuhalten. — Andere Perforationen näht man in zwei Etagen, zuerst durchgreifend, dann nochmals sero-serös. — Die Drainage bei Appendizitis erfordert drei Coutchouc-Drains: eines hinter das Coecum resp. zum



Appendixstumpf; das zweite in den Douglas resp. das Cavum retrovesicale; das dritte (und event. auch noch ein viertes) hinter der Bauchwand her oder durch eine besondere Inzision direkt zur linken Fossa iliaca. — Bei höheren Perforationen kommt ein Drain an den Ausgangspunkt der Peritonitis, ein zweites Drain durch eine suprapubische oder seitliche Inzision rechts über dem Darmbein in den Douglas. — Perineale, vaginale, rektale Drainagen komplizieren unnütz. — Die exakte Naht der Bauchwand ist eine spätere Sorge: man begnügt sich zunächst mit ein bis zwei extraperitonealen Bronce-Drahtnähten durch die ganze Dicke der Bauchwand hindurch. — Nach der Operation wieder Fowlersche Lagerung: das Kopfende des Bettes wird durch Holzklötze und dergleichen erhöht, unter Kopf und Schultern kommen flache feste Kissen; die Beine werden halbgebeugt gehalten durch eine Rolle unter den Kniekehlen. — Dazu: rektales Dauerklysma, tropfweiise, mit Murphyscher Lösung *) durch dünnen Nélaton; nicht mehr als 200 ccm 38° warmer Lösung (cave Abkühlung!) zu einer Füllung verwenden. Event. zur Kontrolle: Einschaltung einer Glas-Hohlkugel, in welche von oben ein durchbohrender Glasrohrfortsatz, nach oben umgebogen, eindringt, mit dem zuleitenden, durch Klemme verengten Schlauchende verbunden, so daß der Tropfvorgang in der Kugel sichtbar wird. Aus der Kugel heraus führt unten ein zweiter Rohrfortsatz zur Aufnahme des rektalen Schlauchendes. In 24 Stunden sollen 9 Liter einfließen. Beim geringsten Auftreten von Ödemen unterbricht man jedoch sofort diese Enteroclyse. — Wertvoll sind ferner Injektionen mit Kampferöl: man gebe subkutan 30—40 ccm 10 % Ol. camph., und zugleich intraperitoneal 200—300 cmm gut sterilisierten 1 %igen Kampferöles durch Trichter und Drain. — Bei Darmlähmung mache man recht früh die Enterostomie oder Coecostomie zur Gasentleerung. — Nötig ist täglicher Verbandwechsel mit Kürzung und Mobilisierung der Drains zur Verhütung ihres Verschlusses durch falsche Membranen, sowie der Bildung von Kotfisteln durch Reibung des Drainendes gegen eine Darmschlinge oder der Ulzeration einer A. Iliaca in ähnlicher Weise. —

Dieses Verfahren, das im Privathause wie im Krankenhause durchführbar ist, hat nach Murphy in der Peritonitisprognose einen fast noch größeren Umschwung hervorgebracht, wie die Serumbehandlung in der Prognose der Diphtherie. Rosenberger.

André Philibert (Paris), Purpura rhumatoïde et maladie de Quincke. (Progrès méd. 1912, Nr. 17, S. 214.)

Auch gelehrte Männer sehen mitunter den Wald vor Bäumen nicht. So berichtet Philibert von einer etwa 50 Jahre alten Dame, welche in Schüben von Hautblutungen an den unteren Extremitäten befallen wurde, bald beim Aufstehen, bald auch während dauernder Bettruhe. Sie kombinierten sich mit anscheinend entzündlichen Reizungen der Gelenke, Sehnen, mancher Peeriostabschnitte. Blutungen im Gaumen kamen vor, ebenso Hämoptysen und Erscheinungen an den Lungen, welche bei der physikalischen Untersuchung an kleine, umschriebene pneumonische Herde erinnerten, die aber in wenigen Stunden wieder spurlos verschwanden. Beklemmungszustände mit Arhythmieen, Anfälle von Oligurie, schnell wieder zurückgehende ödematöse Gesichtsschwellungen vervollständigten das Bild, welches Verf. als eine eigenartige Form von Purpura auffaßt.

Wenn nun auch die Hautblutungen den Beobachtern sich am meisten aufgedrängt haben mögen, so sieht man doch auf den ersten Blick, daß es sich hier um pathologische Kongestionen, um eine abnorme Steigerung der physiologischen Schwankungen des Blutgehaltes aller Organe handelt. Man könnte das Ganze eine fluxionäre Diathese nennen. Leider haben sich die Seziersaalbilder in ihrer akademischen, toten Ruhe dem Gedächtnis der dermaligen Ärztegeneration zu fest eingegraben, als daß daneben noch viel Platz für die unaufhörlich durcheinanderflutenden Lebensprozesse übrig

*) Na Cl, $CaCl^2$ ää 7,0: 1000 H^2O.—

geblieben wäre. Und doch müssen wir Ärzte — im Gegensatz zu den normalen und den pathologischen Anatomen — in erster Linie eben mit diesem Hin- und Her-, Auf- und Abwogen rechnen. Die stationären Zustände als irreparabel, irreversibel sind für uns nur von beschränktem Interesse. „Ewig still steht die Vergangenheit", könnte man über die Pforten der anatomischen Theater schreiben, während der Arzt mit dem Geist in Goethes Faust sagen muß: „So schaff ich am sausenden Webstuhl der Zeit."

Es ist bezeichnend, daß in demselben Maße, in welchem die Vorliebe für momentane Exaktheiten sich entwickelte, die Faktoren des fließenden Lebens in den Hintergrund traten; insbesondere von Kongestionen und Fluxionen beliebt man dermalen nicht zu sprechen. Und doch wird dieses Schlagwort von gestern jenes für morgen sein, wenn erst einmal wieder physiologisches Denken an Stelle des anatomischen gerückt ist. Daß sich solch eine neue geistige Konstitution wieder entwickle, dazu tragen Mitteilungen wie die von Philibert in hohem Maße bei.

Buttersack-Berlin.

Procházka, Franz (Prag), Der Herzschlag in der Unfallversicherung. (Mediz. Blätter 1911, Nr. 21.)

Die eigentliche Ursache der Hirnapoplexie ist eine Hämorrhagie oder eine vom Herzen ausgehende Embolie. Bestimmte Zustände führen zum Zerreißen der Gefäße oder Abreißen der Ecreszenzen oder des Thrombus im Herzen und Verschleppen desselben im Gehirn. Unter Umständen kann auch ein Unfall das auslösende Agens bilden. Es ist nicht nötig, daß der Unfall die einzige Ursache einer körperlichen Schädigung bildet, es reicht hin, wenn es die Rolle einer Mitursache spielt. Wir wissen, daß z. B. die Hauptursache einer Infektionskrankheit das Eindringen von Bazillen darstellt; jedoch spielt auch die Disposition des Körpers eine Rolle. Nun kann auch ein Unfall (eine Verletzung) eine solche Disposition erzeugen. Ohne den Unfall wäre es vielleicht gar nicht zur Infektion gekommen. So verhält es sich auch bei der Hirnapoplexie. Das Gefäß reißt bei plötzlicher Blutdrucksteigerung infolge großer körperlicher Anstrengung, plötzlichen großen Temperaturwechsels, oder Erschreckens. Auch eine starke Erschütterung des ganzen Körpers oder bloß des Schädels infolge Schlag oder Sturz führt zum Reißen der Gefäße. Zur Hirnembolie kommt es bei Erschütterungen des Thorax, des ganzen Körpers bei gewaltiger Erregung der Herzaktion (Aufregung) Anstrengung. Wenn diese Endursachen im Betriebe auftreten und durch Beteiligung an demselben hervorgerufen werden, — es ward nicht bloß örtlicher und zeitlicher Zusammenhang des Unfallereignisses mit dem Betriebe, sondern besonders der ursächliche verlangt, — dann kann unter Umständen der Hirnschlag als Unfall im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes angesehen werden. S. Leo.

Galli, P. (Lugano), Ein Fall von Zerreissung des rechten Vorhofs durch Trauma. (Korrespondenzbl. für Schweizer Ärzte, Nr. 14, 1911.)

Durch eine stumpfe Verletzung des Thorax, die nicht einmal Rippenfraktur hervorgebracht hatte, war bei einem 4 jährigen Knaben der rechte Vorhof an der vorderen Wand auf $2^1/_2$ cm in der Längsrichtung eingerissen. Die Ventrikel fanden sich kontrahiert, vermutlich waren die Vorhöfe im Augenblick der Verletzung stark gefüllt. Bei einem gesunden Herzen gewiß ein seltener Fall, der vielleicht einiges Licht auf die als nervös bezeichneten Herzstörungen nach den Thorax betreffenden stumpfen Traumen wirft: sollte es sich dabei nicht um mechanische, nicht penetrierende Verletzungen des Herzens handeln? Fr. von den Velden.

Chirurgie und Orthopädie.

Adams, Zerreißung der Niere durch Fall aufs Gesäß. (The Lancet 1912, Nr. 13.)

Ein Junge von 12 Jahren rutschte im nassen Gras aus und fiel rückwärts aufs Gesäß; wahrscheinlich stieß er dabei gegen einen Stein. Die



Erscheinungen machten nach 6 Stunden einen chirurgischen Eingriff nötig, wobei sich ein großer Bluterguß im Becken, in der Regio subdiaphragmatica und in der Umgebung einer Niere fand. Man nahm die Niere heraus; der kleine Patient wurde geheilt. —

Die Mitteilung erscheint deshalb von Bedeutung, weil wohl die meisten Menschen gelegentlich einmal mit mehr oder weniger großer Heftigkeit sich unfreiwillig hinsetzen. Wenn es dabei auch nicht gerade zu schweren Nierenblutungen kommt, so wird doch das Nierengewebe erschüttert, gezerrt oder wie man sagen will, und das mag dann kleine Läsionen hervorrufen, welche erst später — event. im Verein mit anderen Faktoren — ernste Störungen bedingen. Buttersack-Berlin.

Frank, Paul (Berlin), Nicht erkannte Lendenhernie als Unfallfolge. (Med. Klinik 1930, Nr. 46.)

Ein Monteur O. wurde am 9. August 1907 von einem umstürzenden eisernen Träger gequetscht und wurde sofort ins Krankenhaus gebracht, wo er bei blassem Gesicht einen kräftigen Puls darbot und über der unteren Brust und der Lendenwirbelsäule ein schmerzender Bluterguß linkerseits festgestellt wurde, ein ähnlicher fand sich über dem linken Hüftbeinkamm. Durch Röntgenbild wurde ein Bruch des linken Hüftbeines in der Nähe der Gelenkverbindung mit dem Kreuzbein und ein Bruch des Querfortsatzes des 5. Lendenwirbels festgestellt. Der Urin mußte mit Katheter und der Bluterguß operativ entleert werden. Nachträglich trat eine Entzündung in der Gegend der linken Niere ein, und anfangs bestand Darmlähmung; die Krankenhausbehandlung nahm 2 Monate, die weitere Nachbehandlung ebenfalls noch geraume Zeit in Anspruch, so daß der Verletzte erst ca. 1 Jahr nach dem Unfall versuchsweise wieder zur Arbeit entlassen werden konnte. — Eine ihm von der Berufs-Genossenschaft zugebilligte Rente wurde vom Schiedsgericht schon auf 40 % erhöht; weitere Ansprüche des Verletzten beschäftigten dann das R. V. A. und dieses zog noch ein Gutachten des Prof. Gluck ein. Bei der Untersuchung durch diesen wurde festgestellt, daß bei dem O., der eine Verschlimmerung seines Zustandes behauptet hatte, sich die Lendengegend im Bereiche des damaligen Blutergusses bei Hustenstößen vorwölbte. Es lag eine mächtige Lendenhernie vor und Prof. Gluck nahm an, daß sie sich bis dahin durch ihre relative Kleinheit der Diagnose entzogen habe. — Die Erwerbseinbuße wurde auf 45 % geschätzt, bis eine erfolgreiche Operation oder eine zweckentsprechende Bandage den Lendenbruch heile oder zurückhalte.

R. Stüve-Osnabrück.

Melikianz (Exiwan), Ein Fall von durch Darmwürmer verursachten Ileus nach Bauchschnittoperation. (Allgemeine med. Centralzeit, 1912, H. 15.)

Bei einem 20jährigen Mann traten 2 Tage nach der Operation peritonitische Erscheinungen auf. Fieber, Erbrechen, Spannung und Empfindlichkeit des Leibes. Ein Spulwurm im Erbrochenen lenkte den Verdacht auf Askariden: am 4. Tage trat nach mehreren Einläufen Diarrhoe auf, mit der ein Knäuel von ca. 30 Würmern abging, in den folgenden Tagen gingen noch mehrere ab. Heilung. Ätiologie: Entnahme des Trinkwassers aus Kanälen.

v. Schnizer-Höxter.

Frank, Paul (Berlin), Dupuytren'sche Kontraktur — Radiusbruch — kein Zusammenhang. (Med. Klinik 1910, Nr. 48.)

Ein 57 Jahre alter Arbeiter erlitt im Jahre 1906 einen einfachen Bruch des linken Radius, bezog nach Abschluß des Heilverfahrens eine Unfallrente in der Höhe von 15 %, die im Jahre 1907 aufgehoben wurde. Im April 1909 machte der Verletzte erneut Rentenansprüche geltend mit der Begründung, daß der Zustand seiner linken Hand sich neuerlich wieder verschlechtert habe. Es fand sich eine beginnende Dupuytren'sche Kontraktur, deren Zusammenhang mit dem Unfalle sowohl von dem Vertrauensarzt des Schiedsgerichtes wie von den beiden nachher gehörten Ärzten bestritten wurde. Das R. V. V. entschied dementsprechend.

R. Stüve-Osnabrück.



Louge (Paris), Behandlung von Knorpel- und Gelenktuberkulosen mit Joddämpfen. (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 140, S. 106.)

Wenn man in tuberkulöse Herde einige Male Joddämpfe einleitet, so erzielt man schnelle und dauerhafte Vernarbung und Heilung. Das Verfahren de l'enfumage jodé ist zuerst von Louge in der Gazette des hôpitaux 1911, No. 86 S. 1291 mitgeteilt und später von Prof. Reynès in La Presse médicale 1911, No. 88 S. 904 empfohlen worden. Buttersack-Berlin.

Delbet, Pierre (Paris), Gelungene Gelenktransplantationen. (Transplantations et greffes articulaires dans les résections.) (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 142, S. 117.)

Delbet berichtete der Académie de Médecine von 9 Patienten, bei welchen er mit Erfolg Gelenktransplantationen ausgeführt hat; ausführlicher über zwei Ersatzoperationen des Ellbogens, das einemal bei einem jungen Mann durch das Fußgelenk einer Frau, das andere Mal durch ein anderes Ellbogengelenk. Die funktionellen Resultate blieben dauernd ausgezeichnet. Röntgenbilder zeigten, daß die Knochenstücke und Gelenkkonfigurationen in der ganzen Zeit sich nicht im geringsten verändert hatten.

Buttersack-Berlin.

Narkotisierung durch Äther-Injektionen. (Soc. de chirurgie 1912, 15. Mai.)

Die vor einiger Zeit von Faure inaugurierte Narkotisierung durch intramuskuläre Äther-Injektionen erfuhr in der Société de chirurgie eine ziemlich allgemeine Ablehnung. Man führte dagegen ins Feld die Unsicherheit der Dosierung: sind erst einmal 50 oder 60 ccm injiziert, so ist nichts mehr zu machen, auch wenn Pat. den Äther nicht erträgt. Ferner sprechen die langandauernde Schmerzhaftigkeit der Injektionsstelle, sogar mit ischiadischen Erscheinungen, die Unberechenbarkeit der Dauer der Narkose und zerebralen Reizungen, welche bereits zweimal zum Exitus letalis geführt haben. gegen die neue Narkotisierungs-Methode. Buttersack-Berlin.

Ein Chirurg, der sich selbst operiert. (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 139.)

Daß sich Menschen eigenhändig umbringen, kann man in jeder Zeitung, häufig mehrfach, lesen. Daß sich einer aber selbst lege artis operiert, dürfte — wenn es überhaupt schon vorgekommen sein sollte — zu den allergrößten Seltenheiten gehören. Die Priorität solcher Kühnheit wird für lange Zeit dem Chef-Arzt des städtischen Krankenhauses in San Francisco, Dr. Bertram-Alden, gebühren, welcher sich in Rückenmarksanästhesie die eigene Appendix herausgenommen hat. Er wollte damit beweisen, daß die Rückenmarksanästhesie die intellektuellen Fähigkeiten nicht beeinträchtigt und daß der geschickte Operateur bei sich selbst keine fremde Hilfe braucht.

Der Gedanke an Reklame ist angesichts dieser Geschichte nicht leicht zu unterdrücken. Indessen, ganz abgesehen davon: wenn auch die Operation an sich geglückt sein mag, so muß doch die damit verbundene Aufregung so groß gewesen sein, daß es fraglich erscheint, ob sie nicht Folgen im Bereich der nervös-psychischen Funktionen hinterlassen hat, die sich allerdings nicht gleich zu zeigen brauchen. Jedenfalls dürfte es Herrn Bertram-Alden kaum gelüsten, die Sache zu wiederholen.

Buttersack-Berlin.

Psychiatrie und Neurologie.

Bodros (Charenton), Note sur l'état mental des lépreux (Bemerkungen über den Geisteszustand der Leprakranken). (Annales médico-psychologiques 1912, LXX, Nr. 3.)

Bei Leprösen ist die Intelligenz, das Gedächtnis und der Wille erhalten, die Affekte sind dagegen fast ganz erloschen. Die Kranken sind exzissiv reizbar mit Tendenz zu Gewalttätigkeiten und Bösartigkeit ohne Grund. Sie lassen sich leicht zu Injurien hinreißen, haben Hang zur Vagabondage, und zur Morallosigkeit in allen Formen. Dieser Geistesumstand hängt weniger von der Leprainfektion als solcher ab, als von der ungünstigen sozialen Lage, der die Kranken ausgesetzt sind.

K. Boas-Straßburg i. E.



Rumpf (Bonn), Haematomyelie oder Polyomyelitis anterior? Betriebsunfall oder Krankheit. (Med. Klinik, 1910, Nr. 33.)

Ein bis dahin gesunder 17 jähriger Knecht verspürte am 21. Juni 1907 beim Mähen von Klee einige Male heftige Schmerzen im Rücken. Später lud er, nachdem ihn ein anderer Knecht im Mähen abgelöst hatte, den Klee auf eine Karre, wobei sich die Schmerzen öfters wiederholten, so daß er mehrfach genötigt war mit der Arbeit einzuhalten. Nach dem Aufladen begab er sich in seine 5 Minuten entfernte Wohnung, und als die Schmerzen sich verschlimmerten, in den Garten; aber nach 10 Minuten konnte er sich nicht mehr aufrichten, sondern mußte ins Bett getragen werden. Im Krankenhaus wurde dann zunächst eine vollkommene schlaffe Lähmung beider Beine neben anderen Anzeichen einer Rückenmarkserkrankung festgestellt. Zwar bildeten sich die Krankheitserscheinungen zurück, doch war der Kranke lange Zeit vollständig arbeitsunfähig und erhielt, da angenommen wurde, es sei durch eine übermäßige Drehbewegung des Rumpfes beim Mähen eine Blutung in das Rückenmark entstanden, und demgemäß die Erkrankung Folge eines Betriebsunfalles, durch Urteil des Schiedsgerichts, dem das R. V. A. sich anschloß, zunächst die Vollrente. — Im Mai 1912 wurde der Kranke dem Bonner Krankenhause zur Begutachtung überwiesen. Hier konnten bei dem Kranken nur eine atrophische Lähmung der rechten Lumbalmuskeln, der Beckenoberschenkelmuskulatur und der Strecker des rechten Knies nachgewiesen werden, die gegen früher schon ganz wesentlich zurückgegangen war, und Rumpf kommt auf Grund sehr bündiger Beweisführung zu dem Schlusse, daß es sich bei dem Kranken gar nicht um eine Rückenmarksblutung, sondern nur um eine sogenannte spinale Kinderlähmung, die bei Erwachsenen auch vorkomme, gehandelt haben könne. Gegen die Diagnose der Rückenmarksblutung sprechen vor allem der allmähliche und gerade für die spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior) charakteristische Beginn und ferner der Verlauf und die eingetretene wesentliche Besserung der Krankheit, auf welche bei einer Blutung kaum zu rechnen gewesen wäre. Im übrigen muß bz. der differentialdiagnostischen Würdigung des Falles auf das Original verwiesen werden. — Zur Unterstützung der Diagnose kam hinzu, daß es sich um einen westfälischen Arbeiter handelte und gerade in Westfalen im Frühjahr 1907 die epidemische Verbreitung der Kinderlähmung einsetzte. — Da es sich im vorliegenden Falle um eine Sache handelte, in der durch Urteil des R. V. V. die Berufsgenossenschaft bereits zur Zahlung einer Rente verurteilt worden war, so konnte hieran nichts mehr geändert werden und die Berufsgenossenschaft mußte auch weiter für den Erkrankten eintreten, obwohl das Urteil des R. V. A. auf einer falschen diagnostischen Basis aufgebaut war. R. schätzte die zur Zeit bestehende Verminderung der Arbeitsfähigkeit auf $66^1/_3$%, da der Kranke das linke Bein vollständig gebrauchen, und mit Stock gut gehen konnte. — R. weist mit Recht darauf hin, daß es im vorliegenden Falle zweckmäßiger gewesen wäre, wenn das R. V. A. die Sache, bevor es seine Entscheidung fällte, noch einmal hätte autoritativ prüfen lassen. R. Stüve-Osnabrück.

Schwarz, Ed. (Riga), Über Neurorezidive nach Salvarsan. (St. Petersburg. Medizin. Zeitschr. 1912, Nr. 7, S. 99—110.)

Verf. präzisiert seine Erfahrungen und Ansichten in diesen 3 Sätzen:

1. Die sog. Neurorezidive sind echt syphilitische Erkrankungen des Nervensystems.
2. Sie sind die Folgen ungenügender Behandlung mit zu kleinen Salvarsan-Dosen, bezw. unterlassener Wiederholung.
3. Die ungenügenden therapeutischen Erfolge sind zum großen Teil der ambulanten Behandlung zur Last zu legen. —

Es wiederholt sich also auch bei dem organischen Arsen-Präparat du dernier cri die alte Erfahrung, daß man die Unzulänglichkeit des Mittels einer mangelhaften Applikations-Methodik in die Schuhe schiebt. Indessen, die

Versuche, das Mittel der Therapia magna sterilisans zu retten, werden durch die stete Wiederholung nicht wirksamer; eher trifft dabei der Satz von Anton de Haen ein: „Ne taediosa repetitio nauseosam gignat prolixitem!"
Buttersack-Berlin.

Boncour, E. Paul (Paris), Zur Technik der Alkoholinjektionen in den Nervus laryngeus superior. (Progrès méd. 1912, Nr. 20, S. 251—252.)

Bei tuberkulöser Laryngitis ist die Dysphagie mitunter von besonders fataler Bedeutung. Hoffmann-München hatte dagegen Alkoholinjektionen in den Nerv. laryng. sup. empfohlen; allein die Schwierigkeit der Technik war ihrer allgemeinen Anwendung hinderlich. Nun schlägt Boncour folgendes Verfahren als erprobt, leicht auszuführen und wirksam vor: Man führe die Nadel in der Mittellinie ein und zwar in der Mitte zwischen pomum Adami und Zungenbein. Man gehe so tief, bis man auf das Ligam. thyreo-hyoideum stößt; dasselbe ist an seinem Widerstand leicht zu erkennen. Nun dirigiert man die Nadel nach hinten bezw. außen, immer parallel dem oberen Rand des Schildknorpels, und trifft in 2,5 cm Entfernung den Nerven; ein plötzlicher lebhafter Schmerz, welcher bis zum Ohr ausstrahlt, zeigt an, daß er wirklich getroffen ist. Es ist ratsam, zunächst 1 ccm 1 % Novokaïn-Lösung und 1 Tropfen Adrenalin 1 ‰ zu injizieren und nach ca. 20 Sekunden 1 ccm 90 % Alkohol. Verfasser ist mit seinen Resultaten nach allen Seiten zufrieden: die Schlingbeschwerden hören auf und lassen eine bessere Ernährung zu, so daß sich das Allgemeinbefinden sichtlich hebt. Buttersack-Berlin.

Hautkrankheiten und Syphilis.
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Paldrock, A. (Jurjew-Dorpat), Sollen Leprakranke mit Salvarsan behandelt werden? (St. Petersburger Medizin. Zeitschr. 1912, Nr. 9, S. 135—141.)

Es gibt ein indisches Gedicht, welches lautet:

„Von irgend einem Baum nimm eine Wurzel her;
Mit irgend einem Stoff wird diese eingerührt;
Dann nimmt als Medizin die Mischung irgend wer:
Dann kannst du sicher sein, daß irgend was passiert."

Nach diesem Schema hat Paldrock 9 Lepröse mit Salvarsan behandelt. Eine Besserung des Leidens ist entweder überhaupt nicht oder nur vorübergehend beobachtet worden, dagegen bei der Mehrzahl ein akutes Fortschreiten des bis dahin langsam progredienten Prozesses. Von einer Behandlung Lepröser mit Salvarsan ist somit abzusehen. —

Daß das Arsenobenzol-Salvarsan-606 auch die Masern nicht beeinflußt, geht aus einer interessanten Mitteilung von Marfan und Lagane hervor, welche einen Jungen von 7 Jahren wegen einer syphilitischen Nervenaffektion mit 606 behandelten und während dieser Behandlung Masern mit Otitis media ausbrechen sahen. Buttersack-Berlin.

Fulton, Hohe Temperaturen gegen Gonokokken. (Med. Record 1912, Nr. 8.)

Bekanntlich haben die Mikroorganismen alle ein Temperatur-Optimum und sind gegen Schwankungen nach oben häufig sehr empfindlich. Auf dieser Tatsache baute Fulton seine Therapie der Gonorrhoe auf. Er anästhesiert zunächst die Urethralschleimhaut mit 3 bis 4 % Stovaïn und führt dann einen Metallkatheter à double courant ein, durch welchen er $^1/_2$ bis 1 Stunde lang heißes Wasser — allmählich bis zu 40° steigend — durchlaufen läßt. Die nachfolgenden schmerzhaften Reaktionen seitens der Harnröhrenschleimhaut werden mit kalten Bädern bekämpft.

Dreimalige Behandlung genüge zur Heilung.

Auch die fatalen chronischen Gonorrhoen werden auf diese Weise überraschend schnell zur Heilung gebracht. Buttersack-Berlin.



v. Tincu (Szászváros, Siebenbürgen), Über Syphilis und Prostitution in Rumänien. (Inaug. Dissert. 1910, München.)

Über das Thema war in der einschlägigen Literatur bisher so gut wie nichts bekannt. Um so dankenswerter ist der Versuch des Verfassers, einmal die Verhältnisse in Rumänien auf Grund amtlicher Quellen und persönlicher Anschauungen darzustellen. Die Lektüre der kleinen Arbeit, die sich zu kurzer Besprechung an dieser Stelle nicht eignet, sei hiermit jedem, der sich für Sexualwissenschaft interessiert, anempfohlen.

K. Boas-Straßburg i. E.

Hals-, Nasen-, Kehlkopf- und Ohrenleiden.

Baldenweck, Kopfbeugung und -Drehung bei der kalorischen Prüfung. (Ann. des mal. des oreilles 1912, Bd. 38, 1912 H. 3.)

Bei Spülungen des Ohrs mit Wasser von 20 oder 45° erscheinen neben dem Nystagmus — unter gewissen Vorsichtsmaßregeln und bei verbundenen Augen — auch Kopfbewegungen. Bei Kaltwasserspülung dreht und beugt sich der Kopf nach der gespülten Seite, umgekehrt bei warmem Wasser. Die Kopfbewegungen sind sicherlich als vestibulare Reizerscheinungen aufzufassen, und trotz ihrer auch normalerweise sehr verschiedenen Intensität von diagnostischer Bedeutung. Insbesondere kann ihre Beobachtung die des künstlichen Nystagmus in den Fällen ersetzen, wo spontaner Nystagmus besteht. Arth. Meyer.

Patenostre, Funktion des Labyrinths bei alten Leuten. (Ann. des mal. des oreilles 1912, Bd. 38, H. 2.)

Bei der Untersuchung einer Anzahl ohrgesunder Männer und Frauen zwischen 60 und 70 Jahren fand sich eine beträchtliche Funktionsverminderung des inneren Ohrs, und zwar seines akustischen und statischen Anteils. — Die Hörfähigkeit (im Vergleich zum 20 jährigen) betrug für Flüstersprache etwa $^2/_5$, für die Taschenuhr nur $^1/_5$, war dagegen bedeutend besser für tiefe Stimmgabeln. Es ergab sich hierbei, daß die alten Frauen besser hören als die Männer, und daß die meisten auf dem linken Ohr besser hören als auf dem rechten. Sehr herabgesetzt ist die Knochenleitung, so daß die Uhr, hinter dem Ohr aufgesetzt, von $^5/_6$ aller garnicht wahrgenommen wurde, auch die noch vernommene Schwingungsdauer der auf den Schädel aufgesetzten Stimmgabel war sehr verkürzt. Zwischen dem Gehör per Knochenleitung und dem Ergebnis der Hörprüfung z. B. durch Flüstersprache bestand keinerlei festes Verhältnis. Es ist die Veränderung des Knochens im Senium, durch welche sich die verschlechterte Leitung erklärt.

Die Abnahme der Gleichgewichtsfunktion ist weniger deutlich. Bei Spülungen trat der kalorische Nystagmus in der gewohnten Art und Richtung auf, nur war sein Erscheinen verzögert (um 10—15 Sekunden), und seine Dauer verkürzt um ca. die Hälfte. Schwindelgefühl und Gleichgewichtsstörungen waren dabei wenig ausgesprochen.

Arth. Meyer-Berlin.

Kubo, Ino (Faknoka), Supraturbinale Öffnung bei chronischer Kieferhöhleneiterung. (Arch. internat. de laryng. 1912, Bd. 33, Heft 2.)

Um die Drainage der eiternden Kieferhöhle herbeizuführen, empfiehlt Verfasser, eine breite Daueröffnung im mittleren Nasengang (also oberhalb der unteren Muschel) anzulegen. Hier besteht von Natur eine Lücke im Knochen, und wo sie ausgefüllt ist, sind die deckenden Knochenblätter dünn. Die Tendenz zum Verschluß ist angeblich geringer als im unteren Nasengang. Die Anlegung der Bresche geschieht mit Conchotom und Stanze, wenn nötig unter Beseitigung des proc. uncinatus. — Unter seinen Vorgängern hat Verfasser G e r b e r zu nennen vergessen, der meines Wissens als Erster den mittleren Nasengang gewählt hat. A. Meyer-Berlin.

Citelli (Catania), Über die sogen. konservative Radikaloperation. (Arch. internat. de laryng. 1912, Bd. 33, H. 2.)

Unter konservativer Radikaloperation des Mittelohrs versteht man die



Eröffnung des Antrum und des Aditus ad antrum, unter Schonung des Trommelfells und der Gehörknöchelchen. C. kann nicht zugeben, daß diese Methode in chirurgischer Hinsicht, etwa mit Rücksicht auf den Schutz vor Rezidiven, einen Vorteil gegenüber der klassischen Radikaloperation biete: ihr Vorzug ist nur die bessere Funktion. Wenn Karies der Labyrinthwand und Verdacht auf Läsion des Tegmen tympani nicht bestehen, und das andere Ohr wenig hört; ebenso wenn man bei verschleppten subakuten Eiterungen zwischen einfacher Aufmeißelung und Radikaloperation schwankt, ist die konservative Modifikation der letzteren am Platze.

Bei sehr vielen Eiterungen ist ferner eine vom Verfasser angegebene Modifikation am Platze, die gute chirurgische und funktionelle Resultate geben soll, nämlich die Radikaloperation mit Entfernung der Knöchelchen ohne Kurettement der medialen Paukenwand.

Die Hammer- und Ambos-Extraktion per vias naturales leistet viel bei isolierter Karies dieser Knöchelchen, sowie bei chronischer Eiterung bei sonst gesunden Kindern. Natürlich darf der Stapes nicht luxiert werden.

A. Meyer-Berlin.

Koenig (New-York), **Joddämpfe in der Otologie.** (New-York Med. Journ. 1912, Nr. 9.)

Verf. bringt eine kleine Menge von folgendem Pulver in eine Kugel mit zwei Öffnungen (Rp. Menthol 1,0, Camphora trit. 2,0, Jod. cryst. 2,0, Talc. 30) und treibt vermittelst eines Doppelgebläses einen heißen Luftstrom in einen Ohrkatheter. Bei entzündlichen Prozessen im Mittelohr habe er günstige Erfolge von dieser Methode gesehen (wobei dahingestellt bleiben mag, ob die Besserung dem Jod oder der warmen Luft zuzuschreiben ist, Ref.). Sie läßt sich aber auch bei infektiösen Prozessen im Nasenrachenraum anwenden.

Vielleicht könnte man sie mit Vorteil bei gesunden Bazillenträgern (mit den sog. Diphtheriebazillen, Meningokokkus u. dgl.) probieren.

Buttersack-Berlin.

Rosenberg, A. (Berlin), **Diagnostisches Verfahren zur Erkennung von Substanzverlusten der Kehlkopfschleimhaut.** (Arch. internat. de laryng. 1912, Bd. 33, Heft 2.)

Die Einträufelung einer 2 %igen alkalischen Fluoresceïnlösung läßt Erosionen in leuchtendem Grün erscheinen, im Gegensatz zur Gelbfärbung der normalen Schleimhaut. In der Augenheilkunde ist das Verfahren lange in Gebrauch. Es beruht darauf, daß der Farbstoff in absterbende Zellen einzudringen vermag. A. Meyer-Berlin.

Medikamentöse Therapie.

Anderes (Zürich), **Hypophysenextrakt, das Pituitrin, resp. Pituglandol als Wehenmittel.** (Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte 1912, Heft 12.)

Verfasser hat das Pituitrin in ca. 50 Fällen, sowohl in der Eröffnungsperiode, wie in der Austreibungszeit angewandt. Gewöhnlich setzt 5—10 Minuten post injectionem die Wirkung mit einem Wehensturm ein, dann folgen alle 3—5 Minuten kräftige Wehen. Eine eigentliche Tetanie des Uterus oder irgend eine schädliche Wirkung ist nicht beobachtet worden. Es kommt bisweilen vor, daß die Wirkung nur kurze Zeit anhält (1—2 Stunden), dann kann man aber durch wiederholte Injektionen sehr oft noch einen Erfolg erzielen. Vorbedingung für einen guten Erfolg ist, daß bereits Wehen vorhanden gewesen sein müssen. Deshalb erzielt man auch die besten Erfolge in der Eröffnungsperiode und in der Austreibungszeit. In der Nachgeburtsperiode ersetzt das Pituitrin das Secacornin nicht. Auch bei Aborten, Fehlgeburten und Blutungen nicht puerperalen Ursprungs waren die Erfolge nicht befriedigend.

Nachteile sind bis jetzt auch sonst nicht bekannt geworden. Das Präparat ist, abgesehen von Fällen, in denen strikte Indikation zur Beendigung der Geburt vorliegt, dazu berufen, in der Privatpraxis die Beckenausgangs-



zangen aus sog. humanitären Rücksichten in vielen Fällen zu ersetzen. Vorteile vor dem Chinin: viel sicherere Wirkung, Nichtbeeinflussung der Temperatur. v. Schnizer-Höxter.

Hesking (Düsseldorf), **Über Rhodalzid und seine Indikationen.** (Allg. med. Centralzeitung 1912, Heft 15.)

An der Hand von 15 Fällen teilt Verfasser seine günstigen Erfolge mit der Rhodalzidindikation mit bei Arteriosklerose, Gicht, den lanzinierenden Schmerzen der Tabiker, bei hartnäckiger Migräne und sympathischen Neurosen, bei Anginen, bei einem Fall von Basedow. Recht interessant ist die Wirkung bei Tuberkulose: schon nach kurzer Anwendung verschwinden die Tuberkulosekeime. Außer seiner Eigenschaft, Kalk- und Magnesiumsalze zu lösen, scheint es auch ein Vermehren oder Haften der Bakterien an den Schleimhäuten zu verhindern. Es empfiehlt sich deshalb seine Anwendung auch bei allen ähnlichen Erkrankungen, wie Diphtherie, Meningitis, Larynx- und Darmtuberkulose. Insbesondere bei Tuberkulose zeigt sich eine überaus günstige Wirkung auf den Allgemeinzustand.

v. Schnizer-Höxter.

Röntgenologie und physikalisch-diätetische Heilmethoden.

Stierlin, E. (Basel), **Röntgenologische Erfahrungen über Magenspasmen.** (Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 15 u. 16.)

Wie sehr im Vordergrunde des Interesses augenblicklich die Röntgenologie als Hilfswissenschaft zur Erkennung krankhafter Zustände der Verdauungswege steht, bewiesen die Verhandlungen des diesjährigen Kongresses für innere Medizin. Es lohnt sich wirklich, diesen Fragen nachzugehen, bieten sie doch, wie sich einer der Redner ausdrückte, eine Art innerer Inspektion der Organe, die ebenso wichtig und aufschlußgebend ist wie die äußere. Wenn wir auch vieles wissen, so möchten wir doch alles wissen, — und da ist jeder Beitrag zur weiteren Erkenntnis wertvoll.

St. behandelt im oben angeführten Aufsatz die verschiedenen am Magen vorkommenden Spasmen, beginnend mit dem Kardiospasmus zeigt er, wie deutlich das Röntgenbild diesen Zustand erkennen läßt, ebenso sind die Spasmen zwischen Kardia und Pylorus (meist infolge von Ulkus) eigentlich erst durch die Röntgenographie zu unserer Kenntnis und diagnostischen Verwertung gelangt. Hervorzuheben ist, daß Sanduhrmagen auch postoperativ durch lokale, tiefe Spasmen hervorgerufen werden können. Ebenso ist wohl als feststehend anzunehmen, daß Zentrumspasmus, sowie stark vermehrte Peristaltik mit tiefen Wellen auch ohne Ulkus oder Pylorusstenose auf nervöser Grundlage vorkommen (Tabes, Hysterie usw.). Ob es sich um Vagus oder Sympathikusreiz handelt, ist vorläufig noch nicht klar.

Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen nervösem Zirkulärspasmus und Ulkusspasmus ist besonderes Gewicht auf hypertonisch-spastische Formveränderung des ganzen Magens zu legen, was mehr für nervöse Form spricht, eventuell empfiehlt sich wiederholte Aufnahme zu verschiedenen Zeiten, die nervösen Spasmen ändern meist Art und Form, verschwinden auch ganz, die Ulkusspasmen zeigen größere Konstanz.

Verfasser macht dann noch darauf aufmerksam, daß nach mittlerer Querresektion wegen Sanduhrmagen die Magenentleerung trotz Intaktseins des Pylorus infolge Spasmus der Längsmuskelfasern außerordentlich beschleunigt ist, bei vollkommenem Wohlbefinden und geregelter Verdauung, weil der Darm vikariierend für die Magenverdauung eintritt. Man könne sich das so erklären, daß die Längsmuskulatur des Magens einen Dilatator pylori bildet. Schütze-Darmstadt.

Alexandre, R. (Hauteville), **Zur Praxis der Heliotherapie des Kehlkopfs.** Arch. internat. de laryng. 1912, Bd. 33, H. 2.)

Die von Sorgo angegebene Sonnenlichtbestrahlung des Kehlkopfinnern leistet nach Ansicht des Verfassers mehr bei Kehlkopftuberkulose als jede andere Therapie, und zwar ist sie bei allen Formen der Krank-



heit anwendbar, und ist keine besondere Intelligenz oder Geschicklichkeit des Patienten erforderlich. Ein Gestell mit verschiebbarem Hohlspiegel und einem kleinen festen Spiegel zur Selbstbeobachtung der Einstellung der Larynx erleichtert die Methode sehr, zumal der Patient selbst im Schatten sitzen kann. Die Intensität der Bestrahlung läßt sich regulieren.

A. Meyer-Berlin.

Allgemeines.

Pauchet V. (Amiens). Die Faulheit, ihre Ursache und ihre Behandlung. (Autoreferat. Paris médical, Mai 1912.)

Pauchet unterscheidet eine organisch, eine intellektuell und eine moralisch begründete Faulheit. Sicher ist die geistige Regsamkeit ein empfindliches Reagens für viele Störungen, die den Schwellenwert örtlichen Unbehagens noch nicht erreichen. So können besonders leichte und erst recht schwerere Abweichungen an Augen, Ohren, in Nase und Rachen, in den Luftwegen und Lungen, ferner Hypothyreoidismus, Ernährungsstörungen, wozu auch zu reichliche und ungeeignet gewählte Kost gehört (z. B. vorwiegende Fleischkost bei Arthritismus des Vaters) — von Genußgiften, wie Alkohol zu schweigen — die Faulheit verursachen. Eine verkehrte Schulhygiene kann, wie sie für manche dieser Störungen mit verantwortlich ist, so auch anderweit die Faulheit hervorrufen, indem sie den vier Kindertypen, die P. nach ihren stärkst betonten Anlagen als: Type respiratoire, type musculaire, type cérébral und type intestinal unterscheidet, das ihnen nötige Maß an reiner Luft, Muskelübung, körperlicher Gesamtkräftigung und günstigen Ernährungs- bezw. Verdauungsbedingungen beeinträchtigt.

Das Leitwort jeder rechten Schulhygiene heißt: frische Luft! Und zwar zunächst für die Lungen, (gute Lüftung der Schulräume; im Sommer Freiluftschule); sodann frische Luft in die Schul-Ordnungen! (anstrengendere Fächer auf die Morgenstunden, die Turnstunden nicht auf die Zeit gleich nach Tische legen; keine strafweise Kürzung an Spiel und Erholungsstunden; keine Vernachlässigung und keine Übertreibung der Muskelübungen). Und endlich frische Luft in die Lehrprogramme, zur Bekämpfung der intellektuell verschuldeten Faulheit. Diese entsteht besonders bei Vernachlässigung des konkreten Anschauungsunterrichtes an der Fülle der Erscheinungswelt zu Gunsten theoretischer Begriffsfütterung und formaler Hirnübungen (Grammatik, Auswendiglernen, vorzeitiger Literatur- usw. Unterricht). Im Moralischen wird endlich die Faulheit verhütet, wenn ihre Quellen verstopft werden. Diese sind vor allem: Theoretisierendes Predigen an Stelle des konkreten Vorbildes; Affektentladungen seitens der Erzieher und Duldung leerer Affektentladungen der Zöglinge; pessimistische Jeremiaden an Stelle optimistischer Überwindung vorkommender Unzulänglichkeiten unter einsichtiger Kausalbehandlung der kindlichen Fehler. Rosenberger.

Der Alkoholkonsum in Paris.

Die Franzosen lieben es, im Ernst und Scherz die Trunksucht der Deutschen wegen ihres großen Bierverbrauchs zu konstatieren. Aber bei ihnen selbst sieht es erheblich trauriger aus. In P a r i s gibt es 30 000 Schnapsschänken, in L o n d o n nur 5600, in C h i c a g o 5700, in E d i n b u r g 340, in M o s k a u 244 (? Ref.). Der tägliche Alkoholkonsum für Paris beträgt 4 Liter pro Kopf, und steigt in einzelnen Departements bis auf 12 Liter.

Am 21. Oktober 1911 wurde eine Zählung der Besucher von 12 Schänken vorgenommen. Resultat 13 540 Personen; und zwar 9500 Männer, 3500 Frauen, 540 Kinder. Buttersack-Berlin.

Severinus, H., Was sagt die Geschichte zur Alkoholabstinenz? (Krit. Beitr. zur Alkoholfrage. Bd. 2. Berlin, P Parey 1911, 73 S. Preis M. 1.20.)

Die Wissenschaft, so führt S e v e r i n u s aus, hat in der Erforschung die Schädigungen des Alkohol m i ß b r a u c h e s in den letzten Jahrzehnten so große Fortschritte gemacht, daß wir darüber anfangen, das Wertvolle



eines mäßigen, vernünftigen Gebrauches dieses verbreitetsten und köstlichsten Euphorikums zu verkennen. Daß die guten Eigenschaften bedeutender sind, als als man unter dem Eindruck der großen Antialkoholbewegung gegenwärtig anzunehmen geneigt ist, darüber kann kein Zweifel bestehen für den, der die Frage im Lichte der Geschichte betrachtet:

Wie dürftig erscheinen alle Experimente und Statistiken der Abstinenten gegenüber dem Riesenexperiment, das die Weltgeschichte in der Frage der Schädigungen des Menschen durch den Alkohol an Milliarden von Individuen in einen über Jahrtausende sich erstreckenden, unübersehbaren Reihe gemacht hat. Nicht nur die Germanen, sondern alle, für die Vorwärtsentwicklung der Menschheit bedeutenden Völker huldigten dem Alkohol. Die unsterblichen Leistungen des griechischen Geistes haben die weinfrohen Attiker hervorgebracht, die dem Alkoholgenuß fast gar nicht huldigenden Völker des semitischen und indischen Kulturkreises sind den „alkoholisch degenerierenden" Ariern keineswegs überlegen. Abstinente haben es fertig gebracht das ungeheuer komplizierte Degenerationsproblem auf die einfache Formel zu reduzieren: „Wo Degeneration, da Alkohol". Statistisch läßt sich das Degenerationsproblem schwer oder gar nicht fassen. Im Gegenteil läßt sich an den Sprossen von Fürstenhäusern der Beweis führen, daß mit der stärksten alkoholischen Belastung keine Degenerationserscheinungen verbunden zu sein brauchen. Severinus häuft hierfür interessante Beispiele. Was die Geschichte über die Stellung der großen Tatmenschen und der großen Künstler der Vergangenheit zum Alkohol berichtet, kann nicht gegerade als eine Empfehlung für die Abstinenz aufgefaßt werden.

Wenn Leute von anormal geringer körperlicher und psychischer Widerstandsfähigkeit, so schließt S., wenn insbesondere Nervöse schon bei kleinsten Quantitäten geistiger Getränke Störungen empfinden und Schaden nehmen, warum sollen deshalb die Gesunden und Starken zu Asketen werden? Wer den Alkohol schlecht verträgt, der muß ihn eben meiden, aber die andern brauchen deshalb noch lange nicht einen Labetrunk zu hassen, der uns freudiger stimmt, der uns heitere Geselligkeit schenkt, der den oft bedrückenden Ernst des Daseinskampfes und die grausame Einförmigkeit und Kümmerlichkeit der Tretmühle des Alltags und geistestötender Arbeitsformen leichter erträglich macht. Wer in schwerer Fron steht, der mag nach Stunden harter lastender Arbeit sich eines, bei vernünftigem Gebrauch durchaus harmlosen Euphorikums erfreuen.

Aufgabe ist nicht, Totalabstinenz zu predigen, sondern durch Erziehung und soziale Fürsorge den Mißbrauch zu bekämpfen. Esch.

Weidenkaff (München), Ein neues Präzisions-Gärungs-Saccharimeter für die Harn-Analyse. (Reichs Medizinal Anzeiger 1912, Nr. 8, 758.)

Verfasser gibt eine ausführliche Beschreibung des Apparates und der Technik. Der Abbildung nach scheint der Apparat dem bekannten Lohnsteinschen Saccharimeter im Prinzip am meisten zu ähneln. Er kann direkt durch den Verfasser (München W 39) bezogen werden. Er soll den anderweitigen Apparaten in mannigfacher Hinsicht überlegen sein.

K. Boas-Straßburg i. E.

Bücherschau.

Buttersack, Latente Erkrankungen des Grundgewebes, insbesondere der serösen Häute. (Wissenschaftl. Winke für Diagnostik u. Therapie.) Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1912.

Ein Buch des geistvollen Verfassers verspricht uns stets genußreiche Stunden und seine zahlreichen Freunde begrüßen das Eintreffen eines neuen „Buttersack" immer mit besonderem Vergnügen.

Auch für das vorliegende Buch wählt man am besten zur Lektüre eine ruhige Feiertagsstunde, denn es gilt viele neue und geistreiche Ideen des Verfechters des physiologischen Denkens in der Medizin zu verarbeiten.

Buttersack geht seine eigenen Wege abseits der großen Landstraße, aber es lohnt sich ihm zu folgen. Denn die Wege, die er uns führt, sind immer abwechslungsreich und sie eröffnen bisweilen Fernblicke von erstaunlicher Weite.

Das vorliegende Buch, in dem sich Verfasser wieder auf eine sehr bedeutende Belesenheit stützen kann, macht uns bekannt mit den physiologischen und pathologischen Eigenschaften des Bindegewebes, oder wie der Autor sagt, des Grundgewebes, das bisher in der Pathologie nur allzukümmerlich behandelt worden ist, und dem Buttersack einen ersten Platz einräumt bei dem Entstehen pathologischer Erscheinungen im menschlichen Organismus.

Wenn auch der ganze Inhalt des Buches mehr, wenn man so sagen darf, philosophisch-physiologisch ist, so ergeben sich doch auch eine ganze Reihe praktisch wichtiger Folgerungen und Fingerzeige für die Therapie. Das Buch wird keinen Leser enttäuschen. R.

Bandelier und Roepke, Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. (6. erweiterte und verbesserte Auflage. Mit einem Vorwort von Geh. Rat Prof. Dr. Koch, Exzellenz. Würzburg, Kurt Kabitzsch. M. 6.60. 296 Seiten.)

Die gewaltigen Erfolge, die die Wissenschaft im Kampfe gegen die Tuberkulose errungen hat, fordern dringend, auf diesem Wege weiter zu schreiten. Die Tuberkulintherapie darf nicht eine spezialistische Sache, sondern muß Allgemeingut der freien ärztlichen Praktiker werden; dies wird auch möglich sein, denn die Erfahrungen hierin liegen völlig klar, die ganze Therapie ist fest fundiert; die nur den früheren Methoden zuzuschreibenden schweren Schädigungen sind heute überwunden, sie gibt es heute gar nicht mehr. Wichtig ist, nur das richtige Material herauszufinden. Und dies zu lehren, ist die Aufgabe des Werkes.

Zunächst wird die spezifische Diagnostik behandelt, und zwar in erster Linie die verschiedenen Proben, dann die spezielle Diagnostik der Tuberkulose der verschiedenen Organe, nach den einzelnen Disziplinen geordnet.

Sehr wichtig ist die Frühdiagnose, die allein eine wirksame Prophylaxe und Therapie ermöglicht. In jedem Falle ist der Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden wegen streng zu individualisieren. Die Diagnostik kann ohne jede Schädigung des Kranken sehr wohl ambulant durchgeführt werden. Am sichersten ist die subkutane Tuberkulinprobe, die auch prognostisch wertvoll ist.

Dann kommt der 2. Teil, zunächst die spezifische Therapie der Lungentuberkulose. Im allgemeinen Teil werden besprochen die Geschichte des Tuberkulins, die heutige Therapie, Grundsätze und Technik der modernen Behandlung bei Erwachsenen und bei Kindern, die übrigen Applikationsmethoden, Indikationen und Kontraindikationen.

Im speziellen Teil werden die aktiv und passiv immunisierenden Mittel und die Vakzinations-Therapie besprochen.

Hierauf folgt die spezifische Therapie der Tuberkulose anderer Organe und Schlußbetrachtungen, ein sorgfältiges Literaturverzeichnis und Sachregister.

Das Buch sollte bei keinem Praktiker fehlen.

v. Schnizer-Höxter.

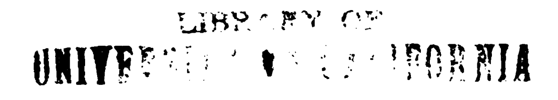
Berichtigung.

In der Arbeit von Eisenstadt, Ursachen und Bedeutung der Mindersterblichkeit der Juden (Heft 32, 1912) muss es auf Seite 1012, Absatz 3, Zeile 3 heissen: „. . . dass die über 15 Jahre alten Jüdinnen Berlins . . “

In der Arbeit von W. Hammer, Beobachtung der Sitten und Lebensgewohnheiten der reichsdeutschen Bevölkerung (Heft 33, 1912) muss es in der ersten Zeile der Fussnote auf Seite 1039 heissen: „. . . werden als wüstes Glücksspiel statt werden als wie das Glücksspiel . . “

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.





30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.
Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 36. Erscheint wöchentlich zum Preise von 5 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. 5. Sept.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Das Heilproblem.

Von **Franz C. R. Eschle.**

Eine kürzlich unter dem gleichen Titel in Ostwalds Annalen der Naturphilosophie erschienene Arbeit von E. Schlegel[1]) in Tübingen verdient m. E. schon deshalb weitgehende Beachtung, weil die s. Z. von O. Rosenbach ausgesprochenen Gedanken über das Wesen der ärztlichen Wissenschaft und Kunst hier in ihrem eigentlichen Kerne erfaßt und in klarer Darstellung zu einem nicht nur angemessenen, sondern sogar formvollendeten Ausdruck kommen. Einem Schüler und Freunde des verewigten Rosenbach mußte aber noch die Tatsache eine ganz besondere Genugtuung gewähren, daß dessen biologische Auffassung der Vorgänge im Organismus, so sehr sie Jahrzehnte hindurch seitens der Anhänger eines sich ausschließlich „Exaktheit" vindizierenden Schematismus angefochten, von andern hinwiederum durch völliges Mißverstehen und phantastisches Umdeuten diskreditiert wurde, nunmehr von selbständig Denkenden, selbst wenn ihre Betrachtungsweise von ganz anderen Grundanschauungen ausging, zum ureigensten Besitz verarbeitet und selbständig weiter ausgebaut werden konnte.

Zu diesen selbständigen Denkern gehört auch Schlegel und wenn ich auch nicht (ebensowenig wie Rosenbach selbst während seines Lebens) den Gedankengängen des Autors, die ihn immer wieder auf seine homöopathische Betrachtungsweise zurückführen und in dieser bestärken, bis zu diesen letzten, von ihm gezogenen Konsequenzen zu folgen vermag, so scheint es mir doch im höchsten Maße lohnend, ihnen unter Herbeiziehung Rosenbachscher und eigener Ausführungen über das gleiche Thema nachzugehen.[2])

---

[1]) E. Schlegel, Das Heilproblem. Annalen der Naturphilosophie. Herausgegeben von Wilh. Ostwald XI. 2. Beiheft, 1912.

[2]) Vergl. auch: O. Rosenbach, Energetik und Medizin. 2. Aufl. Berlin. Aug. Hirschwald. 1904.

O. Rosenbach, Energotherapeutische Betrachtungen über Morphium als Mittel der Kraftbildung. Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1902.

F. C. R. Eschle, Die krankhafte Willensschwäche und die Aufgaben der erziehlichen Therapie. Berlin, Fischers med. Buchh. 1904.

F. C. R. Eschle, Zellulosepathologie, Konstitutionspathologie oder Betriebspathologie? München, O. Gmelin, 1905.

F. C. R. Eschle, Funktionelle Therapie. Berliner Klinik 1910, Heft 259 (Doppelheft.)



Gesundheit ist nach Schlegel derjenige Zustand des Lebewesens, in dem er sich seinen natürlichen zur Erhaltung, Betätigung in der Außenwelt und Fortpflanzung dienenden Funktionen ungehemmt oder richtiger, aus inneren Ursachen ungehemmt hingeben kann. Krankheit besteht in einer Veränderung dieser Funktionen, soweit sie einer Minderung gleich kommt, sie involviert gewissermaßen eine Lebensbeschränkung. Während dieses Zustandes erweckt der Organismus den Anschein, daß er sich gegen eine ihm lebensfeindliche Macht zu wehren habe und daß seine gesamte Arbeit dieser Abwehr gelte.

Oft reichen die reaktiven Kräfte allein aus, die Schädigungen wieder gut zu machen und gewebliche Störungen allmählich auszugleichen. Aber es ist nicht zu verkennen, daß es oft lange dauert, bis sie mobil gemacht werden und daß sie immerhin in ungewohnten Bahnen arbeiten. Und wenn man dem Organismus die Eigenschaft der Selbstregulierbarkeit zuschreibt und diese auf mechanisch erfaßbare Vorgänge zurückführt, so bringt das zum Ausdruck, dass die Tätigkeiten, die zum normalen Verhalten gehören, durch ihre Steigerung hier, durch ihr Nachlassen dort in einer Weise die Tendenz zur Elimination oder Vernichtung des krankmachenden Reizes erkennen lassen. So wird der Anschein erweckt, als ob sich ein Kampf abspiele, ein Kampf des Organismus mit den ihn in seinem Bestande erschütternden, ihn in seiner Lebensbetätigung bedrohenden Kräften — der Anschein, denn es ist klar, daß es sich dabei nicht um eine ihrerseits organisierte boshafte Einwirkung feindlicher Mächte handelt, sondern nur um fremde Energien ganz verschiedener Art, deren eigene Natur sich auf den Organismus ebenso geltend macht, als ob sie von Feindschaft gegen das Leben getragen würde, obwohl nur die absichtslosen physikalischen und chemischen Kräfte walten. Der Organismus aber befindet sich dabei in einer Art innerer Arbeit, die ihn von äußerer Betätigung in nennenswertem Maße abhält. Gegenüber dieser mehr passiven Rolle muß jede Steigerung der aktiven Abwehrbestrebungen Katastrophen herbeiführen, sobald nicht durch baldigen Eintritt in die entgegengesetzte Phase der Tätigkeit die Regelmäßigkeit des Schwingens um einen Mittelwert garantiert bleibt. Die Grenzen der Ausgleichsfähigkeit werden überschritten, sobald eine bestimmte Größe der Energieverausgabung bei der Aufrechterhaltung der Wechselbeziehungen zur Außenwelt erreicht wird und die innere Arbeit notleidet, die die Kraftvorräte für jene erst liefern muß.

Zu den mächtigsten Faktoren für ein periodisches Einhalten solcher Phasen innerer Arbeit gehört, wie schon Rosenbach[1]) mit Vorliebe zu betonen pflegte, das Bedürfnis nach Schlaf. Ihm gibt das Individuum — übrigens unter Intervention eines letzten Willensaktes (Rosenbach), eigentlich eines „Nichtwollens" oder „Nichtmehrwollens", nämlich der einstweiligen Aufrechterhaltung von Beziehungen zur Außenwelt (Eschle) — sich hin, nachdem es zuvor, wie Schlegel sagt, die äußeren Bedingungen der Ruhe und Siche-

F. C. R. Eschle, Funktionelle Diagnosta. Berliner Klinik 1912, Heft 289 (Doppelheft).

[1]) Vergl. O. Rosenbach, Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1894—1897.

O. Rosenbach, Die Seekrankheit als Typus der Kinetosen. Versuch einer Mechante des phylosometischen Betriebes. Wien. Albert Hölder, 1896.



rung hergestellt hat. Nach Ergänzung des Energievorrats beginnt wieder die andere Phase des Wechselspiels, d. h. der Erforderlichkeit innerer Dienstleistungen wird erst wieder gedacht, wenn durch den Eintritt reaktiver Ermattung der Körper aufs neue zur Einhaltung der Pflichten gegen den innern Betrieb aufgerufen wird. Ähnlich diesem Verhalten in normaler Lage zeigt auch der kranke Organismus in hervorragendem Maße die Tendenz, für kürzere oder längere Perioden „in sich selbst zu versinken und den inneren Mächten die zweckvolle Wiederherstellung der Kräfte zu überlassen" (E. Schlegel). Besonders deutlich illustrierte das übrigens Rosenbach[1]) durch das Verhalten des Körpers in den Krisen fieberhafter Erkrankungen.

Gerade durch die Notwendigkeit der Ansammlung und periodischen Ergänzung eines hinreichenden Energie- bezw. Betriebsfonds sind aber der Möglichkeit für die spontane Wiedergenesung, für eine „Naturheilung" Grenzen gezogen.

Gibt es nun wirklich im Gegensatze zu dieser eine „Kunstheilung"? Im eigentlichen und strengen Sinne, wie Schlegel ausführt, wohl nicht. Denn wir können die Energien der Außenwelt zu Heilzwecken nicht einfach innerhalb des Organismus nach den Gesichtspunkten verwenden, wie das durch das willkürliche Wirkenlassen unbelebter Energiesubstrate seitens des Chemikers im Reagenzglase geschieht. In alle die verschlungenen Wege der organischen Naturvorgänge einzudringen, sind wir sicher noch weit entfernt. Indessen, wenn eine bewußte künstliche Kombination zweckmäßiger natürlicher Elemente (in den bescheidenen Grenzen menschlicher Macht) eine Kunst genannt zu werden verdient — wenn der Naturheilungsvorgang durch menschliches Zutun eine Beschleunigung erfahren kann — wenn durch diese Beschleunigung vollends die Möglichkeiten geschaffen werden können, die auf bloßem natürlichen Wege nicht vorhanden wäre: dann gibt es, wie Schlegel im Gegensatze zu der auch heute vielfach wieder an die Oberfläche tauchenden pessimistischen — wenn nicht gar nihilistischen — Strömung in der Medizin mit Recht betont, ganz gewiß auch „Kunstheilungen" und eine „Heilkunst". Was die Natur lange fein und spärlich bereitet, das bringt — unter Aufwendung derselben Mittel, die aber planvoll angeordnet und abgestuft sind — die Kunst des Arztes zustande, der einen Einblick in die Naturvorgänge und Naturheilungen getan hat und die richtige Arbeit innerhalb des Organismus, d. h. am richtigen Platze und zur richtigen Zeit zu fördern weiß.

Die Möglichkeit zu einem solchen Vorgehen im Sinne dieser „ärztlichen Kunst" ist uns aber nicht schon durch die Stellung der Diagnose im landläufigen Sinne gegeben, da dieser immer eine mehr oder minder künstliche Klassifikation — und überdies nicht einmal nach einem einheitlichen Gesichtspunkt — zu grunde liegt. Wir finden bald das ätiologische bald das physiologische, bald ein pathologisch-anatomisches Einteilungsprinzip als maßgebend betrachtet.

Was zunächst die ätiologische Diagnose anlangt, so gibt

[1]) Vergl. O. Rosenbach, Wesen und Behandlung der Krisen bei akuten Krankheiten. Berliner Klinik, Heft 134; 1899.



auch Schlegel zu, daß es Fälle gibt, wo, wie z. B. beim Milzbrand, die vollzogene Infektion sehr einheitliche Lebenslagen schafft Es resultieren Krankheitsvorgänge von weitgehender Übereinstimmung, die die Therapie gewissermaßen mit dem Krankheitsnamen fester zusammenketten. Aber in andern Fällen lässt die ätiologische Diagnose jede praktisch maßgebende Bedeutung vermissen. Man vergleiche die Tuberkulosefälle, von der latenten überwundenen, immunisierten Tuberkulose an bis zur floriden: Bazillen haben sie alle, jedoch die Lebenslage ihrer Träger ist total verschieden; sie liegt zwischen den Endpolen „praktischer Gesundheit" und vollkommener Hoffnungslosigkeit des Zustandes.

Ebenso geht es uns mit der Einteilung nach einem Stoffwechselvorgang, z. B. bei der Diagnose der „harnsauren Diathese", der Gicht im weiteren Sinne. Wenn wir die praktischen Ziele des Heilens und Helfens im Auge haben, können wir nicht den Verschiedenheiten der individuellen Reaktion gegenüber hier einen Faktor in der Genese festlegen und ihn allein für maßgebend ansehen: es gibt unter den Gichtikern junge und alte, magere und dicke, zu Schweißen geneigte und nicht schwitzende, solche mit der Neigung zu Knotenbildung und solche mit durchaus glatter Haut, fiebernde und nicht fiebernde. Aus welchen Gründen setzen wir so gearteten Mannigfaltigkeiten der Reaktionsform gegenüber eine Einheitlichkeit des Zustandes voraus? Und liegen nicht die Verhältnisse beim Diabetes ähnlich? Die Diagnose hat, wie schon Rosenbach[1]) immer betonte, doch nur durch die fruchtbaren Gesichtspunkte Wert, die sie uns gegebenenfalls für die Prognose und Therapie liefert. Aber von einer einheitlichen Therapie aller Fälle kann hier keine Rede sein. Höchstens werden alle Patienten auf eine rationelle Ernährungstherapie reagieren, aber auch hier wieder nicht in übereinstimmender Weise und sicher mit verschiedener Geschwindigkeit.

Auch die anatomisch-pathologische Einteilung faßt Fälle zusammen. die, streng genommen, nicht Wesensgleichheit zeigen und nicht zusammengehören. Man denke nur an die Krankheitsbegriffe „Lungen-Emphysem" und „Arteriosklerose"![2]) Trotz mancher Ähnlichkeiten haben die tieferen energetischen Anforderungen an den Betrieb in den einzelnen Fällen wenig miteinander zu tun.

Überall, wo Erscheinungen nach teilweiser äusserlicher Übereinstimmung klassifiziert werden, aber gerade in wesentlichen Dingen Unterschiede zeigen, gelangt man, wie Schlegel sagt, in ein wahres Dickicht von Abstraktionen, aber nicht zur Erschließung von Gesetzmäßigkeiten. Schließlich ist das ja das unvermeidliche Ergebnis jeder Klassifikation. Bleiben wir uns aber dabei der Kompliziertheit des organischen Betriebes und seiner mannigfaltigen Wechselbeziehungen mit der komplizierten Außenwelt immer bewußt, bedenken wir in jedem Einzelfalle, daß eine wichtige mitbestimmende Ursache immer in der Individualität liegt, andrerseits aber auch, daß diese Individualität eine veränderliche Größe in der einen Gleichung mit vielen Unbekannten ist, die ihrerseits wieder durch Momente äußeren und inneren (nicht zum wenigsten auch psy-

[1]) O. Rosenbach, Warum sind wissenschaftliche Schlußfolgerungen auf dem Gebiete der Heilkunde so schwierig? Zeitschr. f. klin. Medizin Bd. 50; 1903.

[2]) F. C. R. Eschle, Lungen-Emphysem und Volumen pulmonum auctum. Fortschr. d. Medizin 1910. Heft 50—51.



chischen) Geschehens plötzlich oder allmählich Umwandlungen unterliegt, so werden uns, wie auch Schlegel betont, die Klassifikationen nach diesem oder jenem der hier charakterisierten Gesichtspunkte nichts schaden. Wir dürfen sie eben nur nicht „als Naturgesetze bewerten“, sondern müssen stets suchen, einen Einblick in die Energetik des individuellen Betriebs zu gewinnen, die Bilanz aller disponiblen Kräfte für den einzelnen Organismus zu ziehen. „Die Wissenschaft“, sagt Schlegel, „versagt in der Heilkunst oft deshalb, weil das vorliegende Problem einzigartig ist; und nur der Geist des Arztes, der den Erscheinungen mit Freiheit und Feinheit nachspürt, vermag den Gang der Ereignisse zu belauschen, mitzuempfinden, vorherzusagen und abzuändern. . . . Bei den Lebensproblemen tauchen die mannigfachsten und feinsten Beziehungen auf, die sogar überhaupt oft nur ein einziges Mal gesetzt sein mögen, nie wiederkehren . . . und vielleicht nur eine flüchtige Spanne Zeit andauern, während deren es gilt, bald zarte Zurückhaltung, bald energisches Eingreifen zu betätigen.“

Alle Aussichten für eine Fortentwicklung unsers ärztlichen Wissens und Könnens hängen also von der Erfüllung der schon von Rosenbach wieder und wieder erhobenen Forderung einer immer weiteren Ausdehnung der energetischen Betrachtungsweise ab, die die Vorgänge im Organismus durchgehends als „Arbeiten und Arbeitsmöglichkeiten“ (E. Schlegel) ansieht und die Umformung und Verausgabung der für das Leben charakteristischen Energieformen mit der Leistungsfähigkeit des von Krankheit betroffenen oder bedrohten Individuums in Einklang zu bringen sucht.

Anfänge des Heilwesens in Alt-Heidelberg.

Von Prof. Dr. med. **K. Baas**, Karlsruhe.

Jenseits von aller durch Menschen bewirkten Überlieferung werden wir geführt, wenn wir des ersten medizinischen „Falles“ gedenken, der in Ur-Altheidelberg uns entgegengetreten ist. Zwar in der Deutung neuerdings anscheinend wieder bezweifelt, dürfen wir doch wohl bis auf weiteres der Meinung des Pathologen uns fügen, daß es eine Tuberkulose der Rückenwirbelsäule gewesen war, die an dem aus dem Kies des Heidelberger städtischen Grubenhofes erhobenen Skelett sich fand.[1]) Fragen wir nach dem Zeitalter, welchem das Leben jenes Kranken zuzuteilen sei, so erhalten wir als Antwort, daß es die jüngere Steinzeit gewesen, die für unsere Gegend um etwa 4000 Jahre zurückzuversetzen ist; daß wenigstens eine längere Krankenpflegetätigkeit im hier vorliegenden Falle stattgefunden habe, das können wir immerhin aus der eingetretenen Ausheilung und der noch längeren Lebensfristung schließen und annehmen. —

Einen sehr großen Schritt müssen wir vorwärts tun, um in der Römerzeit gesundheitsfördernden Maßnahmen zu begegnen: über dem Neckar, wo auf Neuenheimer Boden die Reste des ehemaligen Castrums aufgedeckt wurden, fand sich gewissermaßen als ein Teil der Lagereinrichtung das Militärbad, das jedoch noch nicht ganz aufgedeckt werden

[1]) Bartels, Tuberkulose in der jüngeren Steinzeit. Archiv für Anthropologie, N. F. VI. 243.



konnte.[1]) Daß die hier als Besatzung liegenden Truppen des Arztes nicht entbehrten, dürfen wir nach unseren sonstigen Kenntnissen wohl vermuten; so mag darauf hingewiesen werden, daß in dem Römerkastell bei Osterburken sich eine Weihinschrift fand, welche der Kohorten-Arzt Appius Julianus im Jahre 198 n. Chr. hatte herstellen lassen.[2]) —

Wiederum erleidet die Überlieferung eine Unterbrechung von mehr als einem Jahrtausend; nun aber führen uns die Nachrichten rasch in die längst ausgebildeten sanitären Einrichtungen des Mittelalters hinein. Und gleich die ersten Berichte mahnen uns, daß auch bei den hier in Frage kommenden Dingen die Eigenschaft Heidelbergs als Fürstenresidenz von Bedeutung war.

In dem zu Heidelberg am 1. Februar 1294 niedergeschriebenen letzten Willen des Pfalzgrafen Ludwig[3]) ist als Zeuge aufgeführt: Fridericus, cirurgicus noster". Noch deutlicher geht bei einem späteren Berufsgenossen die Stellung als Leibchirurg aus einer Urkunde von 1366[4]) hervor, in welcher Ruprecht I. den „Meister Conraden von Sonnesheim (Sinsheim), unserm wunden arcz, dur siner getruwer dienste willen nicht beden, sturen noch uzferte tun" läßt, „er endühe ez dann gerne und mit gutem willen", welche Vergünstigung auch uns gefallen könnte. Vermutlich, weil der Genannte auswärts wohnte, hatte der Pfalzgraf in seiner Residenz noch einen weiteren Wundarzt, der 1369 als Heinrich von Engen aufgeführt wird; 20 Malter Korn und zwei Fuder Wein wurden ihm als Lohn versprochen.[5]) Von der Zunftstube dieser Scherer, wie die eigentliche Bezeichnung im Mittelalter lautete, hören wir erst viel später etwas in dem Heidelberger Einwohnerverzeichnis von 1588.[6])

Um nach dieser Vorwegnahme wieder zum Anfang des 14. Jahrhunderts zurückzukehren, so geben am 20. April 1303 die Pfalzgrafen Rudolph und Ludwig ihrem Arzt Ulrich von Nabburg um seiner Dienste willen ihren Hof zu Nabburg zu Erblehen, aus welch' letzterem Ausdruck zugleich hervorgeht, daß der so Beliehene Laie und verheiratet war. 1317 scheint er nach einer anderen Urkunde, die seinen Sohn erwähnt, bereits eine Zeitlang verstorben gewesen zu sein.[7])

So haben wir in Heidelberg um die Wende des 13. Jahrhunderts die beiden Vertreter des ärztlichen Personals kennen gelernt, den nur zünftig gebildeten S c h e r e r , der die Wundarznei ausübte, und den buchgelehrten A r z t , der lediglich die innere Heilkunde als seiner würdig ansah und vielfach noch Kleriker war. Ein solcher tritt uns in dem Probst Arnold von St. Jacob in Bamberg entgegen, der, wohl als Nachfolger jenes Ulrich von Nabburg, 1314 als mag. iur. und Arzt des Pfalzgrafen Rudolph erwähnt wird[8]); in ihm sehen wir zugleich die Einheit des Studium generale verkörpert, wie sie am ehesten noch bei der Geistlichkeit möglich, in gewissem Sinne die Regel war. Als eines ganz späten Nachklanges dieser Verhältnisse mag hier des Herren

[1]) E. W a g n e r , Fundstätten . . . . im Großherzogtum Baden. II. 281.
[2]) Ebenda, S. 438.
[3]) Quellen und Erörterungen z. bayr. u. deutschen Geschichte. VI. 36.
[4]) O. Z. (Zeitschr. f. Gesch. d. Oberrheins) II. 272 nach Pfälzer Cop. B. Nr. 7, Bl. 78.
[5]) K o c h - W i l l e , Regesten der Pfalzgrafen am Rhein. Reg. 3859.
[6]) Neues Archiv f. Gesch. v. Heidelberg. I., S. 165.
[7]) K o c h - W i l l e , Regesten der Pfalzgrafen am Rhein I, Reg. 1482. 1796.
[8]) O. Z. XII. 15.



Nicolaus Kremer, „doctor in der erzney“, gedacht werden, welchen Pfalzgraf Philipp noch im Jahre 1499 zu seinem Diener und Kaplan annahm.

Wie es mit „Meister Hansen“ bestellt war, der in einer Urkunde Ruprechts I. vom 6. Juli 1358 als der frühere Leibarzt, zugleich als Besitzer von Häusern erwähnt wird, kann nicht gesagt werden.[1])

Den Vertreter einer weiteren, für das medizinische Mittelalter wichtigen Gruppe sehen wir nun in dem Juden Gottlieb, den Ruprecht I. am 27. April 1362, um der Dienste willen, die er ihm und seinem Hofgesinde geleistet habe, zum Arzt annimmt unter Befreiung von den üblichen Judensteuern [2]); vielleicht ist er identisch mit dem Arzte Gutleben, der als Stadtarzt am Oberrhein noch mehrfach und lange uns begegnet. In einer gewissen Beziehung stand der Pfalzgraf vermutlich auch zu dem in Weinheim 1355 genannten jüdischen Arzte Walhen, von welchem er nur 5 Pfd. Schutzgeld nahm.[3])

Aus welchen, wie es scheint, manchmal doch unsicheren Quellen die Besoldung jener Leibärzte floß, können wir aus einer Urkunde vom 17. März 1380 entnehmen: in ihr bittet König Wenzel die Stadt Strassburg, dem Burkard, Arzt des Pfalzgrafen Ruprecht I., zu der ihm von Papst Urban VI. verliehenen Pfründe der Kirche zu St. Thomas zu verhelfen [4]); denselben „physicus“ des Herzogs, der hier als Dekan von Neustadt bezeichnet wird, ernennt Konrad von Gelnhausen, Probst von Worms, 1388 zu seinem Vizekanzler an der Universität.[5])

Geistlich, wie der eben Genannte es war, mußte der Professor der Medizin der 1386 gegründeten Hochschule sein, deren medizinische Fakultät jedoch erst 1390 mit Herman von Höxter ins Leben trat [6]); es hängt mit jenem Charakter der Herren die immerhin auffällige Erscheinung zusammen, daß zumeist nicht sie, sondern andere Namen als Ärzte der Pfalzgrafen vorkommen, wie ja auch später Kurfürst Friedrich I. die Zulassung eines Nicht-Klerikers seiner Hochschule vom Papste mit dem Argumente zu erwirken suchte, daß die Aufgaben des Arztes sich nicht immer gut vereinigen ließen mit dem priesterlichen Beruf.[7]) Wenn somit auch die meisten der Professoren für unsere Betrachtungen außer Acht gelassen werden können, so mag gleichwohl hier die Liste derselben bis zum Ende des Mittelalters eingeschoben werden: 1390—1396 Herm. de Huxaria; 1396 Nycol. Borrel; 1397 (?) Petrus de Brega; 1398 Herm. Poll; 1401 Lambert Terhofen de Arnem; 1402 Heinr. Venatoris de Ulma; 1403—1419 Wilh. Tenstal de Deventer; 1420—1448 Gerardus de Hoenkerken; 1449—1450 Theodricus Heck de Butrich; 1450—1464 Joh. de Swendis, von welchem übrigens eine Urkunde sich erhalten hat über eine Seelgerätstiftung am Altar der Ärzteheiligen Cosmas und Damianus in der Heil. Geistkirche.[8]); 1464—1481 Erhardus Knab de Zwifalten; 1481—1503 Martinus Rencz de Wisensteig, neben welchem 1482 nach manchen Schwierigkeiten der erste Laienprofessor Jodocus (Jost) angestellt wurde.[9])

[1]) Koch-Wille, Regesten der Pfalzgrafen am Rhein I. Reg. 3093.
[2]) Ebenda, Reg. 3381.
[3]) Vergl. hierzu: Baas, Mittelalterliche Gesundheitspflege im heutigen Baden (Neujahrsblatt d. bad. hist. Komm. 1909), S. 53.
[4]) Koch-Wille, Regesten etc. Reg. 4327.
[5]) Winkelmann, Urk. Buch. v. Heidelberg II, Reg. 38.
[6]) Thorbecke, Gesch. d. Universität Heidelberg, I. 95.
[7]) Ebenda, S. 97.
[8]) Gen. Landesarch. Pfalz. Spezial. Conv. 91. Urk. v. 7. X. 1467.
[9]) Ebenda, S. 78. Anm. 241.



Fleisch und Blut gewinnt von diesen Namen erst „meister Gerhard von Hoenkirchen, den man nennet von Hoenburg, lerer in der ertzenye“ [1]); ihn nimmt 1420 Pfalzgraf Ludwig III. zu seinem, seiner Frau und Kinder Arzt an, woneben er soll „ordinarie in unserm studio zu Heidelberg lesen“. Er soll Canoniker in dem Hl. Geiststift sein, von welchem ihm jährlich 60 Gulden zufließen; auch die Pfründe zu Wimpfen soll er haben, die Meister Wilhelm (Tenstal), sein Vorfahr sel. hatte. Und sollten dabei zusammen 150 Gulden nicht herauskommen, so wird das Fehlende vom Pfalzgrafen ersetzt, der ihm dazu 10 Malter Korn, ein Fuder Wein, ein Haus zu seiner Wohnung und jährlich ein Kleid, wie es die anderen Doktoren und Pfaffen haben, stellt. Die fürstlichen Räte und Diener soll er gegen Entgelt behandeln, auch sonst praktizieren. In der ihm gehaltenen Leichenrede — er starb 1448 — wird er als „quondam Pragensis magister et studii Lipcensis primus inchoator, studii Coloniensis doctor ordinarius et rector“ bezeichnet; darnach muß er eine wichtige Persönlichkeit und wohl eine gewisse Zeit außerhalb Heidelbergs gewesen sein, was bezüglich Leipzigs auch bekannt ist.

Wie die meisten Professoren des ersten Jahrhunderts ihre medizinischen Studien in Italien, zu Pavia, Padua, Bologna, Siena, gemacht hatten, so vernehmen wir nun, daß 1421 der Pfalzgraf Ludwig III. an Meister Heinrich Crowel von Münsingen, seinen Leibarzt, das Ansuchen stellte, daß er auf des Fürsten Kosten noch in Padua studieren und graduieren solle, wofür ihm das Doppelte seiner späteren Besoldung, nämlich 40 Gulden gegeben werden würden; von Interesse ist dabei die Bedingung, daß er „soll mit beiden Künsten der erczenie, physice et cyroregie, dienen“, was auf die andersartige Auffassung der italienischen Ärzte zurückbezogen werden könnte. Meister Heinrich hatte sich in Heidelberg ein Haus gekauft; 1439 erscheint er in Steuerlisten der Stadt.[2]) Später war er noch Leibarzt Friedrichs I. des Siegreichen; in wie großem Ansehen er stand, kann das Gedicht dartun, welches nach seinem Tode auf ihn gemacht wurde:

Qui quondam fueras medicinae summus amator,
Doctor hic Henrice Minsinger ipse jaces,
Non minus ac Phoebus bona tu medicamina noras,
Singula jam scripta nota fuere tibi.
Dulcia tu nunquam miseris alimenta negabas
Dispensare, quibus munera largus eras.
Tu si vixisses, multis jam vita daretur.
Artis at expertes occubuere tuae.
Et quorum fueras medicus, comites palatini,
Fata tibi vitam surripuisse dolent.[3])

Von der im Mittelalter häufig den Ärzten zugebilligten Vergünstigung hören wir wiederum 1424; denn da stellt Pfalzgraf Ludwig III. den Meister „Hansen Dubingern, unsern arczet für uns, unser husfrauwen und kinder“ dienst- und steuerfrei an.[4]) Er wird noch 1439 in der Heidelberger Schatzung aufgeführt.[5])

[1]) Ebenda und Gen. Land. Arch. Copialb. 810, Bl. 6.

[2]) O. Z. XII. 178. Urk. nach Pfälzer Cop. B., Nr. 10, Bl. 37.

[3]) Quellen und Erörterungen z. bayr. und deutschen Gesch. II. 80. Chronik Friedrichs I. von Matthias von Kemnat.

[4]) O. Z. XII. 272. Aus Pfälzer Cop. Buch, Nr. 10, Bl. 141.

[5]) K. Christ, Das Steuerwesen der Kurpfalz im M.-A. Neues Archiv f. Gesch. v. Heidelberg III S. 257 u. 260, V S. 60 u. 165,



Ganz vereinzelt ist 1470 der Arzt Dietherus Helmstetter erwähnt [1]; ebenso der bekannte Herman Schedel von Nürnberg, „in der artzny doctor", dem am 21. V. 1479 Pfalzgraf Philipp als seinem Rat und Diener einen Brief erteilt, daß er frei, unbeschädigt und unbeleidigt wandeln könne.[2])

Für 1471 aber sind aus der Apothekerordnung drei Ärzte bekannt, nämlich Conrad Schelling von Heidelberg, Meister Bartholomäus von Etten und Meister Erhard Knapp von Zwyfalten [3]). Letzterer war, wie wir sahen, Professor an der Hochschule; Meister Bartholomäus von Ethen, Dr. in medicinis, war vor 1466 in Mainz, 1466, 1468/70 und noch 1483 Arzt in Frankfurt.[4]) Als Leibarzt des Pfalzgrafen Philipp wird nur der erstgenannte bezeichnet in der Anstellungsurkunde seines Nachfolgers von 1488, in welchem Jahre „meister Adolph Ocko von Friesland 200 rhein. Gulden Gehalt erhielt, die Haltung von zwei Pferden „mit futer, nagel und isen, ein hoffcleyd" und eine Behausung zu freier Nutznießung nahe bei dem Schloß, in der „jetzund auch unser lybartzt, doctor Conrad Schelling, inwonet" [5]); bei ihm, der auch in Padua studiert hatte, wollen wir nicht unterlassen zu erwähnen, daß er zu den ältesten Schriftstellern über die damals so auffällig erscheinende Syphilis gehörte.[6]) Jener Adolph Occo aber muß bei seinem Fürsten in gutem Ansehen gestanden haben; denn er nennt ihn in einem ihm 1485 erteilten „fordernißbrief" — Kurfürst Philipp schuldete also seinem Arzte Geld, was damals bei Fürsten manchmal vorkam — den „hochgelerten arcium et medicine doctor, in solchem für ander verrumpt und bewert" und er fügt hinzu, „diweil wir dann auch neigung haben zu seiner person hoher kunst halber, der sich zur notdurft nymen gern verziehet."[7])

Schriftstellerisch, wenn auch auf einem ganz anderen Gebiete, nämlich der Dichtkunst, die ja unter den Ärzten so manchen Vertreter gefunden hat, ist noch eine Gestalt hervorgetreten, die mit ihrem abenteuerlichen Leben, das sich zu einem Teil in Heidelberg abspielte, so recht in die Zeit hineinpaßt.[8])

Johann von Soest wurde wohl 1448 geboren; in seinem ersten Lebensjahre traf ihn ein verhängnisvoller Unfall, indem sein Antlitz mit Öl verbrannt wurde, wodurch er erst ganz blind war und wovon er ein schlechtes schielendes Auge behielt. Früh sang er hell, daß es durch alle Gassen klang, zeigte aber zugleich eine Lust zu Abenteuern, so daß er mit einem wandernden Gaukler durchbrannte; doch wurde er bald wieder zurückgebracht. Zum zweitenmal entlief er der Mutter, da Johann I., Herzog von Cleve, dem seine Stimme gefallen hatte, ihn heimlich wegführen ließ; wiederum fand ihn die Mutter; aber der Fürst beredete sie, ihm den Knaben zu lassen, den er dann in eine Singschule zu Cleve tat. Eigenmächtig, gegen den Willen seines Herrn, ging er aber auch von hier weg, als er eines Tages zwei vortreffliche englische

[1]) Fürstenb. Urk. B. III, Reg. 576.
[2]) Karlsruh. Gen. Land-Archiv. Cop. B. 816, 473.
[3]) o. Z. II, 276.
[4]) L Kriegk, Deutsches Bürgertum im M.-A., S. 46.
[5]) O. Z. II. 273. Aus Pfälzer Cop. B. Nr. 6, Bl. 1 und Gen. Land. Arch. Cop. B. 818, 475.
[6]) Fuchs, Die ältesten Schriftsteller der Lustseuche. 1843. S. 71 ff. und 392 ff.
[7]) Gen. Land. Arch. Cop. B. 816, 269.
[8]) Ich folge hier dem Aufsatze von F. Pfaff, Johann v. Soest, Sänger, Dichter und Arzt, in der Allgem. conservat. Monatsschr. 1887, 147.



Sänger hörte, denen er nach Brügge folgte. Aber auch in Holland war seines Bleibens nicht: nach Rom lockte ihn der Ruhm des päpstlichen Sängerchores, und so zog er rheinaufwärts. In Cöln aber hielt ihn der Probst des Gereonsstiftes, Herman, Landgraf von Hessen, an und sandte ihn seinem Bruder, dem Landgrafen Ludwig, nach Cassel. Seine Stelle als Sänger verlor er jedoch bald wieder, als der Landgraf 1471 plötzlich verstarb. Die neue Wanderschaft führte ihn nun nach Heidelberg zum Pfalzgrafen Friedrich, der ihn auf Lebenszeit anstellte. In die Zeit der ersten Ehe, die Johann jetzt schloß, fällt nun sein Studium der Naturwissenschaften und Medizin, in welch letzterer er doktorierte. In dieser Zeit scheint er auch in Pavia gewesen zu sein; ob er Hofarzt wurde, ist ungewiß. Jedenfalls finden wir ihn auch nach dem Tode Friedrichs, als Sängermeister bei dessen Nachfolger Philipp, mit welchem er jedoch in Streit geriet; in einer Urkunde von 1490 lesen wir, daß er im Gefängnis seines Herrn zu Alzey gelegen habe, auf Fürbitten der Gönner losgelassen worden sei, worüber er nun Urfehde schwört. Bis dahin hatte er schon eine Anzahl, z. T. noch erhaltene Gedichte geschaffen, mit denen wir uns jedoch nicht beschäftigen wollen.

Ein Streit mit dem Marschall des Kurfürsten, der zu seinen Ungunsten verlief, veranlaßte ihn zum Umzug nach Worms, wo er Stadtarzt wurde (c. 1495); bereits 1498 finden wir ihn aber als Stadtarzt in Oppenheim, 1500 in gleicher Eigenschaft in Frankfurt, wo es ihm trotz mancher Streitereien recht gut ging und wo er 1506 starb. Sein Grabstein noch gibt uns Kunde, daß er seine Sangeskunst nicht vergessen hatte. —

Wie es heutzutage nun noch vorkommen soll, daß sonst verständige Leute eines Pfuschers Rat nicht verschmähen, so stellte Pfalzgraf Philipp 1495 auch den Schultheiß von Kirrlach, Peter Starck, an, daß er „uns, unsern sonen ... rate und hilff zu thun anzeigen werde mit synen konsten der artzny, so im got der almechtig verlühen und hinfür verlyhen würdet"; dafür erhielt er jährlich 15 Malter Korn.[1]) Mit dieser Reminiszenz, die besonders tröstlich ist in einer Zeit, die vielleicht bald wieder eine offizielle Tätigkeit von Heildienern allerlei Art erleben kann, wenden wir uns von den Ärzten ab, um uns mit dem nahestehenden Beruf der A p o t h e k e r zu beschäftigen.

Als deren erster tritt uns Hans Schönthal entgegen, welchem Ruprecht I. 1403 mit dem entsprechenden Privileg das „steinhaus gegen den hl. Geist über" als Erblehen verlieh.[2]) An dieser Stelle verblieb dann die „Hofapotheke" bis zum Jahre 1877. Nun handelt eine Urkunde von 1452 von einem Haus, „genant die alt apothecke" [3]); diese Bezeichnung, in Verbindung gebracht mit der Erwähnung jenes Hans Schönthal in Jahre 1401 [4]) macht es sehr wahrscheinlich, daß auch Heidelberg bereits im 14. Jahrhundert seine Apotheke hatte, wie wir dies von Freiburg, Konstanz und anderen Städten wissen.

Aus dem Jahr 1471 ist noch eine Ordnung vorhanden,[5]) die der

---

[1]) O. Z. II. 275, nach Pf. C. B., Nr. 16, Bd. 237.

[2]) O. Z. XXII. 216 ff. Regesten über die Hofapotheke in Heidelberg.

[3]) Urkunden des Augustiner-Klosters, herausgeg. von R. Sillib in Neues Archiv für die Geschichte von Heidelberg IV (S. 49).

[4]) Ein Zinsbuch des Bischofs Raban von Speyer. O. Z. XII. 21 nach Pfälzer Cop.-B. 143 Bl. 257.

[5]) O. Z. II. 276. Da sie uns in lebendiger Weise einen Einblick in die damaligen Verhältnisse tun läßt, soll sie hier nochmals wiedergegeben werden:

1. Item quod apotecarius personaliter suam apotecam respiciat et precipue circa



Pfalzgraf in lateinischer Sprache, die der Apotheker ja auch bei uns noch bis zur ersten Ausgabe der Pharmacopoea germanica sollte lesen und verstehen können, für „eynen iglichen, der aptecker zu Heidelberg ist, hat machen lassen durch siner gnaden ercze, wie er die materialien halten und bestellen solt, auch zu feylem kauf geben" etc.; aus der daran angeschlossenen Medizinaltaxe mag der Einleitungssatz wiedergegeben werden, daß der Apotheker den Armen, welchen der Arzt um Gottes willen seine Dienste leiht, die Arzneien zu dem halben Preise geben solle, sofern er nicht vielmehr umsonst um Gottes willen sie ablassen wolle.

Zum Schutze des Apothekers hinwiederum — der hiernach der einzige in Heidelberg gewesen zu sein scheint — wird den Wurzelkrämern eine Anzahl von Heilmitteln zu verkaufen verboten. —

Als einer mittelalterlichen Einrichtung müssen wir nunmehr noch der Spitäler gedenken, über deren Anfangsgeschichte in Heidelberg zwar wenig genug überliefert ist.

Das sogenannte Kurpital lag auf dem Platz des heutigen Kornmarktes,[1]) welcher nach den daselbst aufgedeckten Gräbern zu einem Teile der Friedhof des Hauses gewesen, eine Verbindung, welche heutiger Denkweise bei Ärzten und Patienten wohl nicht ohne weiteres genehm sein dürfte. Aus dem Namen könnte man schließen, daß einer der Kurfürsten an der Gründung in besonderer Weise beteiligt gewesen; doch hatte auch die Stadt Eigentumsrecht daran, wie aus dem Abbruch der städtischen Hälfte — die andere gehörte der Universität, der Sapienz — im Jahre 1553 hervorgeht, wo das Spital in das Dominikanerkloster der Vorstadt, da, wo heute der Friedrichsbau steht, verlegt wurde.[1]) Fortan hieß es das „reiche Spital"; aus dem Namen geht hervor, daß es jetzt im wesentlichen ein Pfründehaus für selbstzahlende Leute war, die im alten Hause wohl vereinigt gewesen waren mit den Armen und Kranken, welch' letztere nunmehr untergebracht wurden in der ehemaligen Elendenherberge.[2]) Von dieser — sie lag an dem Platz des heutigen Hauses Hauptstraße 97 — ist nichts mehr übrig geblieben.

———

compositionem medicinarum compositarum. 2. Item quod omnia materialia in apoteca requisita procuret et emat non solum bona sed optima. 3. Item quod nullum simplex in pulverem redigat, priusquam medicinam compositam inde facere velit. 4. Item quod unumquodque simplex et eciam compositum conservet per se in speciali pixide vel scatula aut alias secundum exigenciam medicine. Item specialem habeat respectum ad medicinas cum musco aut camphora confectas, quod illas separatim ponat ab aliis medicinis, et quando aliquam medicinam vult dispensare, ubi ingreditur muscus aut campfora, quod tunc aliquam partem illius medicine conficiat absque musco et ita conservet per se. 6. Item quod ponat dyagridiun loco scamonie in omnibus medicinis, ubi ingreditur scamonea. 7. Item quod aquas distillatas lento igne distillet et non extreme succum per alembicum extrahat, ut aqua remaneat clara et bene saporosa. 8. Item quod omnes herbas virides et radices ac semina debito tempore colligat et secundum informacionem medicorum herbas et radices exsiccet et conservet. 9. Item quod faciat parvam quantitatem medicinarum compositarum una vice. 10. Item quod omnia medicamenta composita dispensabit secundum antidotarium Nicolai, et que in Nicolao non continentur, dispensabit secundum antidotarium Mesue, et que in hijs non habentur, secundum antidotarium Auicenne vel Arnoldi de villa nova, quorum recepta medici sibi ministrabunt. 11. Item quod nullam medicinam laxativam simplicem nec compositam alicui vendat vel det nisi de consilio medici, propter pestilenciales pillulas aut pulveres pestilenciales aut pillulas alefanginas sene aut cassia fistulam. 12. Item quod nullam medicinam faciat compositam nisi presente aliquo medicorum.

[1]) Neues Archiv f. Gesch. v. H. S. 510, Anm.

[2]) Ebenda, S. 258.



Jenes Hospital finden wir erstmalig erwähnt im Jahre 1327 in einer Weise, die auf schon längeren Bestand hinweist [1]); in größeren Zwischenräumen wird es dann später noch genannt, ohne daß wir jedoch viel für uns Bemerkenswertes über es erfahren. Nur das mag als Beispiel des wechselnden Schicksals sowie der pfalzgräflichen Fürsorge hier erwähnt werden, daß 1368 Ruprecht I. einige Güter des Spitales, welches „von mancherlei gebrestens wegen von tage zu tage verderben mochte", zur Besserung und „daz den armen leuten desto baz darinne gutlich gesche" von Steuern und Lasten befreite.[2])

Daß die inneren Verhältnisse des Spitales mit dem sonst Bekannten übereinstimmten, mögen wir aus der Erwähnung des Spitalmeisters in einer Schönauer Urkunde von 1388, des Spitalmeisters und Spitalpflegers als Ratsmitgliedern in einer Urkunde von 1484 entnehmen.[3])[4]) Und noch etwas mag hier angefügt werden: 1578 erhielt der Spitalarzt 70 Gulden Besoldung;[5]) die Stelle hatte 1582 Dr. Kroch inne, welcher eine besondere „Franzosenstube", womit die Syphilis gemeint ist, und eine Trennung der Spitalinsassen nach dem Geschlecht verlangt![6]) Auch wenn wir noch mehr Spitalurkunden hätten, als vorhanden sind, so würden wir im eigentlichen Mittelalter den Spitalarzt — wie anderwärts zumeist auch — vergeblich suchen. —

Lediglich Kranke beherbergte das Gutleuthaus, welches „in der Auwe" bei Schlierbach gelegen war, unweit von der Laurentiuskapelle, deren Patron wohl auch der seinige war. Die Stätte war von den Gesunden gemieden: beherbergte sie doch die aus der Welt ausgestoßenen und darum außerhalb der Orte untergebrachten Aussätzigen, die hier ihre letzte Zufluchtsstätte fanden: Leprosi extra communionem aliorum hominum degentes" nennt sie eine Urkunde von 1431.[7]) Daß auch in Heidelberg diese schwerwiegende Schicksalsbestimmung mit aller Vorsicht einer ärztlichen Untersuchung umgeben war, ersehen wir noch aus einer späteren, aber auf frühere Zeit hinweisenden Urkunde, laut welcher am 27. August 1508 eine Vereinbarung getroffen wurde zwischen der Stadt Heidelberg und Dr. Herman von Neuss, Ordinarius der medizinischen Fakultät. Darnach erhält derselbe für die Untersuchung eines Lepraverdächtigen, sofern er der Stadt angehört und diese den Auftrag gegeben hat, einen Gulden; der mittätige Scherer bekommt einen Viertelgulden. Betrifft die Untersuchung einen Privilegierten oder der Stadt nicht angehörigen Menschen, „tunc potuit ab his recipere salarium pro examine iuxta antiquam et diu observatam consuetudinem."[8])

Leider sind die Leprösengutachten, welche mit anderen Akten aus dem Dreißigjährigen Kriege gerettet worden waren, später doch noch verloren gegangen.[9])

---

[1]) O. Z. XI. 57 in Urk. d. Klosters Lobenfeld.

[2]) Koch-Wille, Regest. 3802, weitere Erwähnungen ebenda. Reg. 3497 (1364). 4331 (1380), 4431 (1382), 4531 (1382). z. T. mit Stiftungen für die das Spital.

[3]) O. Z. XII. 181.

[4]) Gen. Land. Arch. Pfalz, Special.. Con. 91.

[5]) O. Z. XII. 18.

[6]) O. Z. XXXIV, 213.

[7]) Gen. Landes-Arch. Karlsruhe. Pfälzer Copialbuch Nr. 18, Bl. 97: Pfalzgraf Ludwig III., dotiert die Capelle, damit der Leprösen „devocio aliquociens per divinum ministerium incitetur."

[8]) Winkelmann, Urk.-Buch d. Universitat Heidelberg II. Reg. 153.

[9]) Thorbecke a. a. O., S. 95 u. Anm. 238.



Noch ein zweites Haus für die „armen Siechen auf dem Felde" muß dagewesen sein mit einer Eigentümlichkeit, die sonst nicht bekannt ist: mit den nach der großen Verfolgung des Jahres 1349 heimatlos gewordenen Juden, welchen Ruprecht I. eine Zuflucht bot, nahm er am 1. XI. 1367 auch auf „alle feltsiechen juden, die hinter uns ziehen werdent die nesten drü jare in unser gnade, schirm und zu burgern" mit der Anweisung, „daß sü zu felde sitzen und wonen sollen an der stat in unserm lande, die wir yn bescheiden haben"[1]). Es wäre aber wohl falsch, wenn man bei dem Kurfürsten lediglich humane Gründe zu seinem ungewöhnlichen Vorgehen annehmen wollte; vielmehr wird auch hier das Geld eine erhebliche Rolle gespielt haben, da der erste aussätzige Jude bei seiner Niederlassung 200, die folgenden je 25 Gulden bezahlen mußten. Ein Gegenstück zu solcher aus der mittelalterlichen Denkart verständlichen Handlungsweise bietet uns das Verhalten mancher Bischöfe, die wegen der ihnen zufließenden Gebühren so hartnäckig an der ihnen zustehenden Aussätzigenschau, d. h. Untersuchung, festhielten.[2]) —

Des weiteren muß, weil in ausgesprochener Weise wie heute gesundheitlichen Zwecken dienend, der Badstuben gedacht werden, deren drei im 15. Jahrhundert in Heidelberg vorhanden waren; in ihnen wurde z. B. von den Badern und Scherern das Schröpfen vorgenommen, das zur Erneuerung des Blutes notwendig erschien.[3])

Der Hygiene diente ferner, und mehr, als heute gewisse unpraktische Sittlichkeits- und Menschenrecht-Schwärmer einsehen wollen, das Frauenhaus, welches in der Grossmantelgasse nahe der Stadtmauer gelegen war.[4]) „So doch die offen hüser im rechten nit anders zugelassen synd, dann zuvorkomen grösser übel (der ledigen gesellen, die nit eefrawen haben, noch zu keuscheit verbunden sind)", wie es in einem Beichtspiegel von 1494 heißt. In solchem Sinne hatten die Amtleute und Aufseher der Stadt über die Dirnen zu wachen, aber auch über die Frauen-Wirte und -Wirtinnen, damit diese nicht würden „mancher armen dirne ursach, dest lenger in söllichem elend zu lauffen." Aus solcher natürlichen und doch mitleidsvollen Auffassung heraus, die im 16. Jahrhundert verloren zu gehen anfing, hatte das Mittelalter ja auch verschiedenartige Wege geschaffen, auf denen es den „gemeinen Frauen" möglich gemacht worden war, wieder in ein geordnetes Leben zurückzukehren. —

Schließlich mag aus einer dem 16. Jahrhundert entstammenden „Ordnung, wie die stat Heydelberg in reinigung zu halten"[5]), einiges heute ergötzlich klingende angeführt werden. Wie wir uns heutzutage manchmal gegen üble Seiten unserer Industrie wehren müssen, so kämpften damals die Städte mit agrarischen Unsitten, welche sich vielerorts innerhalb der Mauern noch unliebsam bemerklich machten. Da heißt es z. B. „der sew halben", daß man sie „in stellen halten" solle und sie „nit vor den heusern steen, geen oder in der statt hin und widder umblauffen lasse, bey straff sechs pfennig von iglicher sew." Und wenn man die Tiere nach oder von dem Neckar heimtreibt, so

---

[1]) Urk., abgedruckt bei Löwenstein, Gesch. d. Juden in der Kurpfalz, S. 282.
[2]) Vergl. Baas, Zur Geschichte d. mittelalt. Heilkunst im Bodenseegebiet. Arch. f. Kulturgesch. IV.
[3]) Neues Arch. f. Gesch. v. H. I, S. 73, Anm.
[4]) Ebenda, I., 217, Anm. 8.
[5]) Gen. Landesarchiv Karlsr. Cop.-Buch 842, Blatt 118.



heißt es, „daß man sich uff der gassen nit lang seume". Da mag es wohl nicht immer zugetroffen haben, daß man „die gassen und winkel, auch vor den heusern sauber halte und keinen mist uber acht Tag in der gassen liegen lasse"; beim Aufladen und Fortführen des letzteren aber solle man achtgeben, daß er „nit uff den gassen verzettelt und damit unlust angericht werde". Tief blicken läßt uns nun noch die weitere Bestimmung, mit der wir schließen wollen, daß „keiner dem andern nichts für seine Thür schütte!"

Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie.

Wilson and Willis, The so called mixed tumors of the salivary glandes. (The americ. journ. of the med. Sciences 1912, H. 5.)

Beobachtungsmaterial: 50 gemischte Tumoren der Parotis, 6 der Submaxillardrüsen. Entstehung meist bei Erwachsenen im jüngeren Alter. Beschwerden früh meist gering; ein chirurgischer Eingriff ist meist nicht nötig bis im Durchschnitt etwa 7 Jahre seit Entstehen vergangen sind. Zwischen Tumor und akuter Parotitis war kein Zusammenhang festzustellen. Die vorwiegend harten Tumoren bestehen aus fibrösem Bindegewebe oder nur aus der Peripherie proliferierendem Knorpel; sie waren meist benign. Die vorwiegend weichen Tumoren bestehen gewöhnlich aus einem Parenchym, das bis zum embryonalen variiert; sie sind meist malign. Bindegewebe und parenchymatöse Elemente neigen zur Umwandlung in den embryonalen Typ. Die Entstehung dieser Tumoren aus proliferierendem erwachsenem Epithel oder Endothel hat wenig Wahrscheinlichkeit. Dagegen hat die Theorie viel für sich, daß sie aus Mesotheliomen embryonalen Ursprungs entstehen. v. Schnizer-Höxter.

Fourquiez, Georges, Fixation des Chloroforms in den einzelnen Geweben. (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 141, S. 115/16.)

Untersuchungen an Kaninchen und Hunden haben zu folgenden Schlüssen geführt: Das Chloroform ist nach durchschnittlich 18 Stunden ausgeschieden, und zwar ist es das Fett, welches die Substanz so lange festhält. Je fetter das Individuum, um so länger dauert die Elimination. Die übrigen Gewebe haben sich schon nach 2 Stunden von dem Chloroform befreit.

Nach ihrer Aufnahmefähigkeit für das Narkotikum ordnen sich die Organe in folgender, steigender Reihe: Muskeln — Nieren, Leber, Gehirn — Herz — Fettgewebe. Beim Herzen spielt natürlich sein panniculus adiposus eine große, bei Fettleibigen verhängnisvolle Rolle. — Die gesunde Leber scheidet ihr Chloroform am schnellsten aus. Woher der Chloroform-Ikterus kommt, ist somit dunkel, ebenso woher das mitunter lang anhaltende Erbrechen rührt. Buttersack-Berlin.

Orleansky. K., Zur Frage der Funktion der Gaumenmandeln. (Medizinskoje Obosrenie 1912, Nr. 2.)

Auf Grund von Erfahrungen in der Moskauer otorhinologischen Universitätsklinik schließt Verf., daß die Gaumenmandeln behandelt werden müssen, jedoch nicht entfernt. Auch die Tonsillotomie schützt nicht immer vor Rückfällen der peritonsillären Abszesse. Es wurde beobachtet, daß sogar längere Zeit nach recht sorgfältigen Tonsillotomien in den Mandeln tiefe Taschen und verzweigte Gänge zurückbleiben, die mit Pfröpfen und Detritus ausgefüllt sind. Die Aufmerksamkeit muß sich besonders auf die Beseitigung der tiefen Spalten und Gänge richten, um die Ansammlung und Retention des Detritus und der reichlichen Bakterien zu verhindern. Selbstverständlich müssen die hypertrophischen Mandeln, die Störungen der Atmung, der Sprache und des Gehörs nach sich ziehen, entfernt werden.



Als Eingangspforten jedoch für die Infektionserreger kommen in Betracht nicht die hypertrophischen, sondern die pathologisch veränderten kleineren Mandeln, die bei oberflächlicher Untersuchung leicht übersehen werden können. Lechtman.

Manacorda, C., Der Aminsäurenstoffwechsel bei der Verminderung der oxydativen Prozesse im Organismus. (Sperimentale 1912, Bd. 66, H. 1.)

Die Verminderung der Oxydationsprozesse im Körper, die durch eine starke Verminderung des Partiardrucks des Sauerstoffs in der Atemluft erzeugt wird, bewirkt (4 Hundeversuche) neben einer geringen Verminderung der Gesamt-N-Ausscheidung eine wesentlich bedeutendere Verminderung der Harnstoffausscheidung. Ein Teil der letzteren wird ausgeglichen durch eine Vermehrung der Aminosäuren; ein Teil der Verminderung bleibt aber ungedeckt, und da nach Untersuchungen von Scaffidi und Girone die Kreatinin- und Purinkörperausscheidung nicht vermehrt ist, muß es sich um Ausscheidung normal nicht oder in ganz geringer Menge vorkommender N-haltiger Körper handeln. Die Allantoinausscheidung zeigt nur unwesentliche Schwankungen; Albumen und Albumosen erschienen nie im Harn.

M. Kaufmann.

Percepied, Elias (Mont Dore), Les variations de l'anaphylaxie dans l'asthme (Bull. méd. 1912, Nr. 43, S. 537/38.)

Ein näherer Vergleich zwischen asthmatischen und anaphylaktischen Zufällen lehrt, daß es sich beidemal um Überempfindlichkeit handelt, welche vom Zustand der Säfte, des Serums abhängig ist. Auch ex juvantibus kann man auf eine Verwandtschaft schließen: denn Atropin und Calciumchlorid wirken hier wie dort günstig. Man könnte auch an serumtherapeutische Versuche denken. In der Tat sind Heilungen des Asthmas im Gefolge anderweitig bedingter Serum-Injektionen beobachtet worden, aber ebenso oft auch Verschlimmerungen. Zum mindesten muß man dabei überaus vorsichtig vorgehen. Buttersack-Berlin.

Grinew, D. P. (St. Petersburg), Zur Funktion und Struktur der Langerhansschen Inseln. (Arch. des Sciences biol. publ. par l'Institut Impér. de Médecine expérim. 1912, Tome XVII, Nr. 1, S. 13—29.)

Nach Grinews Untersuchungen sind die Langerhansschen Inseln im Pankreas keine konstanten Gebilde, sondern sie wechseln an Zahl und Größe je nach der Nahrung (und wohl auch nach anderen Momenten. Ref.). Es scheint, als ob sie nur funktionelle Modifikationen des azinösen Pankreas-Gewebes seien, und in der Tat konnte Grinew Übergangszellen finden, welche in ihrem tinktoriellen Verhalten teils den Inseln, teils gewöhnlichen Pankreaszellen entsprachen. Auch bei Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse im ganzen ist ein Parallelismus zwischen den beiden Zellarten zu erkennen. —

Die Notiz ist deshalb besonders von Interesse, weil da zum erstenmal ein anatomisches Gebilde als etwas Fließendes erscheint. Mutatis mutandis dürfte sich das auch bei manchem anderen Organ wiederholen, und im Laufe der Zeit wird dann solche Enkenntnis in den Gemütern an Stelle des starren anatomischen Bildes die physiologische Vorstellung unaufhörlicher Veränderung entwickeln. Buttersack-Berlin.

Brown, O. H., Der Einfluß von Chinin auf Pneumokokken-Kulturen. (Proc. of Soc. of biol. Chem. Journ. of biol. Chem. 1912, vol. XI, Nr. 2.)

An 30 Pneumokokkenstämmen verschiedener Herkunft wird die Wirkung von Chinin und von Chininsalzen der Zitronen-, Schwefel- und Salizylsäure untersucht. Reines Chinin schädigt die Pneumokokken mehr als seine Salze. Die Zeit, in der die verschiedenen Stämme durch 0,1 % ige Chininlösungen abgetötet werden, schwankt von 20 Minuten bis 4 oder 5 Stunden. Andre Mikroorganismen, so z. B. Streptokokken und Staphylokokken, werden nur durch sehr viel längere Einwirkung von Chinin zerstört.

H. Koenigsfeld.

Wells, Gideon H., Purinstoffe und Purinfermente bei Tumoren. (Proc. of Soc. of biol. Chem. Journ. of biol. Chem. 1912, vol. XI, Nr. 2.)

Während die Leber, als das einzige Organ des menschlichen Körpers, imstande ist, in vitro Xanthin in Harnsäure zu oxydieren, haben Tumoren



der Leber, gutartigen und bösartigen Charakters, nicht diese Eigenschaft, woraus gefolgert wird, daß ihr Wachstum sekundär ist und nicht in Beziehungen zu den Organen steht, in denen sie sich entwickeln.

H. Koenigsfeld.

Kleiner, I. S. und Meltzer, S. J., Ein Vergleich des Einflusses subkutaner und intramuskulärer Adrenalin-Injektionen auf die Entstehung von Glykosurie. (Proc. of Soc. of biol. Chem. Journ. of. biol. Chem. 1912, vol. XI, Nr. 2.)

Kaninchen wurden mit Adrenalin in Dosen von 0,3 bis 1,0 ccm einer 0,1 % igen Lösung intramuskulär und subkutan gespritzt. Die Ausscheidung von Zucker war nach subkutaner Applikation stets größer. Wurde eine bestimmte Dosis an 4 verschiedenen Stellen subkutan gegeben, so war die Zuckerausscheidung geringer, als wenn die ganze Dosis an derselben Stelle gespritzt wurde. Ein negatives Ergebnis, keine Glykosurie, folgte häufiger nach intramuskulärer als nach subkutaner Anwendung (13 unter 49 Fällen intramuskulär gegen 4 unter 49 subkutan). H. Koenigsfeld.

Macleod, J. J. und Pearce, R. J., Die Beziehungen der Nebennieren zur Zuckerbildung in der Leber. (Proc. of Soc. of biol. Chem. Journ. of biol. Chem. 1912, vol. XI. Nr. 2.)

Die sonst bei Reizung des N. splanchnicus auftretende vermehrte Glykogenzersetzung bleibt nach Entfernung der entsprechenden Nebennieren aus. Doch beweist das nicht, daß eine vermehrte Adrenalinabscheidung ins Blut, die sonst einer solchen Reizung folgt, die Ursache des gesteigerten Glykogenumsatzes ist. Denn nach vollkommener Durchschneidung des Plexus hepaticus ist eine Reizung des Splanchnicus gewöhnlich ohne einen Einfluß auf den Blutzucker; ferner tritt auf Reizung des Plexus hepaticus Hyperglykämie ein. Doch spielt der Adrenalingehalt des Blutes insofern eine Rolle, als nach beiderseitiger Entfernung der Nebennieren Reizung des Plexus hepaticus ohne Effekt auf den Blutzucker bleibt.

H. Koenigsfeld.

Bradley, H. C. und Gasser, H. S., Darmresorption. (Proc. of Soc. of biol. Chem. Journ. of biol. Chem. 1912, vol. XI, Nr. 2.)

Wurde einem Hund mit der Sonde eine Mischung von Olivenöl und Petroleum in den Magen gebracht, so konnten in der Lymphe des Ductus thoracicus beide Öle, und zwar in ungefähr demselben Verhältnis wie in der Ausgangsemulsion nachgewiesen werden. Das spricht für eine einfache mechanische Resorption von Fettsäuren und Ölen.

H. Koenigsfeld.

Lieck, W. (St. Petersburg), Rhinosklerom und Salvarsan. (Petersb. med. Zeitschr. 1912, Nr. 10, S. 147/148.)

Das Rhinosklerom eines 21 jährigen Mädchens wurde durch zweimalige Salvarsan-Injektion (je 0,4 intravenös) in keiner Weise beeinflußt.

Buttersack-Berlin.

Innere Medizin.

Müller d. l. Fuente (Schlangenbad), Zur Diagnose und Behandlung der reinen Herzneurosen. (Therap. Monatshefte 1912, H. 7.)

Bei Behandlung der reinen Herzneurosen stehen die physikalischen Methoden oben an. Jedoch muß vor einer kritiklosen Anwendung dringend gewarnt werden. Gerade diejenigen Methoden, die bei neurasthenischen Beschwerden mit bestem Erfolg verordnet werden, können hier nicht nur völlig versagen, sondern geradezu Unheil anrichten. So die beliebten kalten Waschungen und Duschen. Die Kälte sollte überhaupt nur während des Anfalls in Form einer Eisblase oder nassen Schwammes — also nur symptomatisch — angewandt werden. Duschen — auch warme oder lauwarme — sollen wenigstens im Beginne der Behandlung unbedingt vermieden werden. Überhaupt muß der erste Gesichtspunkt hier ganz besonders heißen: non nocere!, demgemäß also mit äußerster Vorsicht und Schonung vorgegangen werden, da bei der verschiedenen Natur der Kranken niemals



mit voller Sicherheit vorausgesagt werden kann, was eine Schädlichkeit sein wird und was nicht. M. hat es schon mehrmals erlebt, daß Kranke auf ein erstmaliges lauwarmes Akrothermalbad von nur zehn Minuten Dauer mit mehreren, sich rasch folgenden Anfällen von Angina pectoris schwerster Art reagierten! Immerhin sollte eine Behandlung mit lauwarmen Bädern (34—35° C) oder Packungen als das mildeste der uns zu Gebote stehenden Mittel den Anfang bilden, aber ohne Übertreibung. Außerdem empfiehlt M. temperierte Luft, gegen die Herzspitze gerichtet, von kühl in warm übergehend. S. Leo.

van den Velden, R. (Düsseldorf), **Die Behandlung des „Lungenemphysems“.** (Therap. Monatshefte 1912, Juli.)

So einfach die Heilung einer akuten Bronchitis sein kann, wenn man sie energisch mit den verschiedensten Prozeduren von der Haut aus (Glühlichtbäder, Senfwickel und die verschiedensten anderen „Derivantien“) oder von der Schleimhaut aus, sei es durch Inhalation lösender oder adstringierender Mittel, sei es auf hämatogenem Wege durch Medikamente, die die Sekretion befördern, angreift und die darniederliegende Expektoration teils anregt, teils den unnötigen Hustenreiz mit seiner dauernden Hyperämisierung der Bronchialschleimhaut mit Hilfe von Morphinderivaten abschwächt —, so schwierig kann die therapeutische Beeinflussung chronischer Bronchialkatarrhe sein. Man kann hierbei diese Maßnahmen sämtlich zur Anwendung bringen, jeweils angepaßt den verschiedenen Formen der Bronchitis und muß sie vor allem systematisch längere Zeit durchführen. Einer besonderen Beliebtheit erfreut sich hier die Jod-Therapie. Zweierlei Gefahren sind bei der Jodmedikation jedoch zu erwähnen; einmal das Auftreten starker Jodismuserscheinungen in der Bronchial- und Larynxschleimhaut, besonders bei Verwendung von Jodkali. Hier kann man recht unangenehme Steigerungen der schon bestehenden Beschwerden beobachten. Diesem Jodismus kann man ziemlich prompt und sicher durch eine energisch durchgeführte Kalkmedikation entgegentreten, indem man 4—5 g Calcium lacticum im Verlauf eines Tages einnehmen läßt. Sonst hat Verfasser von der Kalkmedikation besonders bei Zuständen von Übererregbarkeit im Bronchialnervensystem keine besonders in die Augen springenden Erfolge gesehen. Die andere Gefahr besteht besonders bei chronischen Bronchitiden in einer zu lange durchgeführten Jodverabreichung. Die Beobachtungen der Hißschen Schule haben seiner Zeit schon in Basel gezeigt, daß wahrscheinlich auf dem Umweg über die Schilddrüse Veränderungen der Schlagfolge des Herzens bei länger durchgeführter Jodverabreichung eintreten können, und in neuerer Zeit mehren sich die Mitteilungen, die auf die Hervorrufung eines durch diese Medikation veranlaßten thyreotoxischen Bildes hinweisen. (Kreislauf und Stoffwechsel.) Intermittierende Jodbehandlungen werden deshalb bei genauester Beobachtung des Allgemeinzustandes, wie des Kreislaufs am Platze sein. Die Methoden, mit denen man durch Erschwerung oder Erleichterung der In- oder Exspiration einen Einfluß auf die Mittellage und die Ventilationsgröße der Lungen auszuüben sucht, sind die Saugmaske von Kuhn, die verschiedenen Methoden der Ein- und Ausatmung von und in verdünnte oder verdichtete Luft und schließlich die von Bruns wieder propagierte Unterdruckatmung. Bei der Beurteilung des Heilwertes dieser Methoden muß man den Einfluß abziehen, den sie durch Übung auf die Regulation der Atmung gemeinsam ausüben können. Hierin wird wohl ein sehr wichtiger heilender Faktor bei den verschiedenen Erfolgen, die man mit diesen zum Teil ganz heterogenen Maßnahmen erzielen kann, liegen.

S. Leo.

Moewes, Curt, Quantitative Eiweißbestimmungen im Harn und ihre praktische Brauchbarkeit. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 22.)

An einer Reihe von Harnen und Verdünnungen von Blutserum wurden einige quantitative Eiweißbestimmungsmethoden systematisch nachgeprüft und mit der gerichtsanalytischen Bestimmung nach Scherer verglichen. Das



beste Resultat ergab die Esbachsche Probe. Nach ihr ermöglicht die optische Bestimmung nach Roberts-Stolnikow es, in kurzer Zeit ein brauchbares Resultat zu erhalten. Noch einfacher als diese ist die Schnellmethode nach Aufrecht; sie setzt den Besitz einer Zentrifuge voraus, ergibt aber selbst im Vergleich zu Esbach schlechtere Resultate und ist nur für eine annähernde Bestimmung brauchbar. Die Modifikation des Esbach nach Tsuchiya (Zentralbl. f. Innere Med. 1908 No. 5 und 24) ergab keine brauchbaren Resultate. M. Kaufmann-Mannheim.

Ellermann, V., Über das Wesen der essentiellen perniziösen Anämie. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 18.)

Wenn man die verschiedenen Erscheinungen der perniziösen Anämie (Produktion von Markgewebe, Gastritis, sekundäre, anämische Veränderungen) durchgeht, so zeigt es sich, daß kein einziges von ihnen für die Krankheit charakteristisch ist; ja, es ist nicht einmal möglich, ein einzelnes Organ als primär angegriffen zu nennen, indem die Veränderungen sämtlich als Folgen einer Giftwirkung aufgefaßt werden können. Eine auffallende Übereinstimmung besteht aber zwischen den Organveränderungen der perniziösen Anämie und der myeloiden Leukämie. Verf. unterscheidet bei der Leukämie 3 Haupttypen: Die leukämische, die pseudoleukämische und die anämische; letztere. die myeloide Leukanämie zeigt fließende Übergänge zur essentiellen perniziösen Anämie, und man muß sich fragen, ob nicht etwa letztere den Außenpunkt der anämischen Formen der Leukämie darstellt. Die Infektionstheorie, die für die Leukämie durch Tierversuche bewiesen ist, ist infolgedessen für die perniziöse Anämie wenigstens sehr wahrscheinlich. M. Kaufmann-Mannheim.

Adler, O., Die Behandlung innerer Krankheiten mit Tierkohle. (Wiener klin. Woch. 1912, Nr. 21.)

Verfasser verwendete zu seinen auf günstige experimentelle Ergebnisse Wiechowskis sich aufbauenden klinischen Versuchen reinste („pro analysi“) Tierkohle Mercks, die in 1/2 Trinkglas Wasser durch Umrühren suspendiert wurde; Verfasser nahm selbst davon 20 g ohne jede üble Nachwirkung. In der Dosis von 3 × 3 oder 2 × 5 g, ev. auch mit reinem Ton ää 2 × 5 g wirkt die Tierkohle sehr günstig in Fällen von akuter Enteritis und Gastroenteritis, indem sie die zersetzten reizenden Stoffe absorbiert. Sie wirkt daher in chronischen Fällen nur da, wo die Durchfälle durch den Reiz derartiger Stoffe unterhalten werden; wo tiefere Wandveränderungen die Ursache sind, bleibt sie wirkungslos, so auch bei Influenzadurchfällen, Stauungskatarrhen, Darmtuberkulose; dieses Verhalten läßt sich geradezu diagnostisch verwerten. Sehr günstig war die Wirkung in 2 Fällen schwerer Diarrhoe bei Diabetes. Während 3 erst spät in Behandlung gekommene Typhusfälle unbeeinflußt blieben, schien in 3 weiteren, die am 4.—8. Tage in Behandlung kamen, der Verlauf abgekürzt zu werden; die Fieberhöhe blieb unbeeinflußt; auch ein Paratyphusfall verlief rasch. Viel verspricht sich Verfasser, ohne selbst Erfahrung darüber zu besitzen, von der Tierkohlebehandlung der Cholera, sowie der Bazillenträger nach Typhus und Cholera. Bei einem gesunden Individuum ließ sich jedenfalls die Keimzahl der Faezes wesentlich herabdrücken. Meist wird auch der Geruch der Faezes geringer, ohne daß aber deshalb der Indikangehalt des Harns als Gradmesser der Darmfäulnis herabzugehen braucht. — Ein großes Feld hat die Tierkohlenbehandlung auch in der Behandlung von Vergiftungen: Die 6 vom Verfasser behandelten (2 Phosphor-, je 1 Sublimat-, Schweinfurter Grün-, Opium- und Phlorogluzinvergiftung) gingen alle in Genesung aus. Man gibt zunächst eine Suspension per os bezw. Magenschlauch; nach einer Aushebung gibt man nochmals Kohle in Bitterwasser und macht eine hohe Eingießung mit Kohlesuspension. M. Kaufmann-Mannheim.

Ruge, C. (Groß-Lichterfelde), **Arthritis deformans bei Elephantiasis. (Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, Bd. 29, Heft 3/4.)**

An einem wegen hochgradiger Elephantiasis amputierten Unterschenkel stellte R. sehr eingehende Untersuchungen über die bei Elephantiasis sich

findenden Gelenkveränderungen an. Er stellte dabei fest, daß die Meinung, es seien Gefäßveränderungen an den Gelenkerkrankungen schuld, irrig sei, denn oft fanden sich Gefäßverdickungen bei gesunden Gelenken und wieder nicht veränderte Gefäße bei erkrankten. Es dürfte also die Annahme berechtigt sein, daß die veränderte Funktion und Belastung die Ursache für die arthritischen Prozesse ist; die Arthritis deformans stellt also einen Anpassungsprozeß dar an die neue Inanspruchnahme des Beines, welche durch die allmähliche elephantiastische Verdickung hervorgerufen ist.

Schütze-Darmstadt.

Danilow, N., Zur Kasuistik der Fälle von Morbus Banti. (Medizinskoje Obosrenie 1912, Nr. 2.)

Verf. berichtet über Morbus Banti und stellt im Anschluß an einen näher mitgeteilten Fall 30 Fälle von Morbus Banti, die in der russischen Literatur beschrieben wurden, zusammen und bespricht Symptome, Diagnose und Prognose dieser Affektion. Aus der beigefügten Tabelle ersieht man, daß weder das Geschlecht, noch das Lebensalter irgendwelche nennenswerte Bedeutung für Entstehung und Verlauf der Krankheit haben. Die Dauer der Krankheit hängt vom Stadium und der Schwere der einzelnen Symptome ab. Die Prognose ist nicht mehr so schlecht wie früher. Die chirurgische Behandlung — Splenektomie — ist das einzige Mittel, von dem man sich einen Erfolg versprechen kann. Die Sterblichkeit beträgt nach Beresnegowsky 29,5 %, berechnet aus 898 Fällen. Der eigene Fall war durch Darm- und Nasenblutungen, sowie Ascites und Hydrops der unteren Extremitäten ausgezeichnet. Die Röntgenbestrahlung war erfolglos.

Lechtman.

Faivre (Poitiers), Un cas de lithiase cutanée avec coleques prurigineuses justiciables de l'opothérapie dermique. (Progrès méd. 1912, Nr. 22, S. 269.)

Ein 68 jähriger Arzt mußte mehrere Stunden in einem schlecht federnden Wagen über Land fahren. Im Anschluß daran entwickelte sich eine Schwellung der Haut über den Sitzknorren, heftiges Jucken daselbst, welches ihn durch Störung der Nachtruhe sehr herunterbrachte; schließlich kamen Steine der verschiedensten Gestalt zum Vorschein. Die Steine bestanden z. T. aus Blutfarbstoff-Kristallen, z. T. aus kohlensaurem Kalk. Nachdem die üblichen Medikationen erschöpft waren, machte man einen Versuch mit einem Hautextrakt nach Gaudichard (Thèse de Bordeaux 1905), und diese Opotherapie führte verhältnismäßig bald Heilung herbei.

Buttersack-Berlin.

Courmont, J. und Rochaix (Lyon), Behandlung des Typhus mit toten Eberth'schen Bazillen. (Soc. méd. hôpitaux 1912, 17. Mai.)

Die beiden Experimentatoren haben s. Zt. nachgewiesen, daß man Menschen und Tiere gegen Typhus-Infektion schützen kann, wenn man ihnen Eberthsche Bazillen, die bei 56° getötet sind, in den Dickdarm injiziert. Nun haben 4 Ärzte (DDr. Bret, Lesieur, Mottard und Mouisset) diese Methode auch bei bereits Erkrankten probiert. Nachdem ihnen von 171 Typhuskranken 20 (= 11,6 %) gestorben waren, haben sie nur noch 3 bezw. 2 (= 5 %) von 39 Kranken verloren, denen sie täglich zwei Einläufe von je 100 ccm toter Eberth-Bazillenaufschwemmung machten. Der klinische Effekt sei unverkennbar. Allerdings haben sich bei 8 Pat. Rezidive eingestellt.

Mit unseren deutschen Verhältnissen verglichen erscheinen die Mortalitätsverhältnisse in Frankreich erstaunlich. Erst eine Sterblichkeit von 11 % ist da exzeptionnel, und das dortige Minimum von 5 % entspricht etwa unserem Maximum. Fast könnte man diese Zahlen als weiteren Beweis für die vor kurzem im französischen Parlament beklagte Verschlechterung der Rasse ansehen.

Buttersack-Berlin.

Sticker, G. (Bonn), Zur Geschichte der Cholerabekämpfung. (Klinisch-therap. Wochenschr. 1912, Nr. 19.)

Es gibt ein arabisches Sprichwort: „Wenn der Schiffsleute zu viele werden, so sinkt das Schiff.“ Die Wahrheit dieses Satzes bewahrheitet sich auch im übertragenen Sinne. Allzuviele vertrauten sich dem Nachen



der Bakteriologie an, um darauf der Lösung der letzten Fragen der Pathogenese zuzusteuern. Aber das Ziel erscheint hierbei eher hinauszurücken, als näher zu kommen. Wesentlich anders geht Sticker vor. Er segelt unter der Flagge der historischen Epidemiologie bezw. Loimologie und sieht dabei von seinem hohen Mast aus viele Dinge, die sich dem Mikroskop entziehen. Auch im vorliegenden Vortrag kommt diese geistige Überlegenheit zum Ausdruck. Mit Humor schildert der gelehrte Redner, wie wenig sich die Cholera um die kontagionistische Lehre und die darauf aufgebauten Maßnahmen gekümmert hat, und zwingt den Leser zu einer Revision seines diesbezüglichen geistigen Inventars. Buttersack-Berlin.

Capezzuoli, C., Die Hippursäureausscheidung in Fällen von Nephritis. (Riv. crit. di clin. med. 1912, Nr. 22 u. 23.)

In 7 Fällen von Nephritis verschiedener Art untersuchte Verfasser die Ausscheidung der Hippursäure mit der Salkowski-Blumenthalschen Methode an je 2—3 Tagen. Die Mittelwerte waren 0,6927; 0,8032; 0,2804; 0,5334; 0,398; 0,6776; 0, 5761. Da die Angaben der Autoren für die Hippursäureausscheidung in der Norm zwischen 0,1—2,0 schwanken, läßt sich aus diesen Werten keine deutliche Abweichung von der Norm feststellen. Dagegen ergab sich in 2 Fällen schwerer Niereninsuffizienz eine starke Verminderung der Hippursäuresynthese nach Eingabe mäßiger Mengen (5 g) benzoesaures Natron. (In einem Falle von paroxyomaler Hämoglobinurie betrug die Hippursäuremenge des Harns 0,8944 g.)

M. Kaufmann-Mannheim.

Hilgermann, R. und Lossen, J., Über den Nachweis von Tuberkelbazillen im Blute bei Lungentuberkulose und seine prognostische Bedeutung. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 19.)

Mit der von Schnitter (D. M. W. 1909 S. 1566) modifizierten Methode von Stäubli (M. M. W. 1908 S. 2601) untersuchten die Verfasser 64 Tuberkulosekranke auf Anwesenheit von Tuberkelbazillen im Blut und fanden solche bei 17, also etwa $^1/_4$ der untersuchten Fälle, und zwar nicht nur bei fortgeschrittenen, sondern auch bei einigen noch wenig ausgebreiteten Fällen. Eine Beziehung des Befundes zu Temperatursteigerungen war nicht nachzuweisen. Der weitere Krankheitsverlauf scheint bei positivem Bazillenbefund ungünstiger zu sein als bei negativem, ohne daß allerdings die Anwesenheit von Bazillen als Zeichen einer beginnenden Miliartuberkulose betrachtet werden könnte. Die Methode ist zu wenig sicher und auch zu zeitraubend, als daß sie in größerem Umfange diagnostisch verwertet werden könnte. M. Kaufmann-Mannheim.

Spengel, Rudolf (Törwang, Oberbayern), Über Blutdruckerniedrigung bei beginnender Lungentuberkulose. (Wiener klin. Rundschau, 1912, Nr. 20—22.)

Im Anfangsstadium der Lungentuberkulose ist der Blutdruck konstant herabgesetzt. Dabei muß beachtet werden, daß der Verfasser ausschließlich das Gärtnersche Tonometer angewendet hat, das etwa 35 bis 40 mm Hg weniger angibt als der Apparat von Riva-Rocci. Der Normalwert berechnet sich mithin auf 90 bis 105 mm Hg. Bei tuberkulösen Patienten ist die Tagesschwankung höher als bei gesunden Menschen, auch der Puls ist stets bei beginnender Tuberkulose frequenter als bei normalen Individuen. Beim Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses sinkt der Blutdruck mehr und mehr, doch läßt er sich durch allerlei Einflüsse erhöhen: Räuspern, Husten, psychische Erregung u. dergl. Auch Körperarbeit ist dabei von Vorteil, doch darf sie den Patienten nicht ermüden, sonst ist eine größere Blutdrucksenkung die Folge. — Sowohl diagnostisch wie prognostisch ist das Verhalten des Blutdrucks zu verwerten, doch gehört dazu eine größere Anzahl von Messungen, um den normalen Wert genau festzustellen. Ein Steigen des Blutdrucks bei vorher andauernd niedrigem Stande ist prognostisch günstig zu nehmen. Steyerthal-Kleinen.

Stawski, L., Zur Frage der Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Chlorose. (Medizinskoje Obosrenie 1912, Nr. 1.)

In vielen Fällen ermöglicht die subkutane Tuberkulininjektion (0,5 milligr. Alttuberkulin Koch) eine Diagnose, welche mit andern Hilfsmitteln

nicht zu stellen ist. Bericht über 5 Fälle von ausgesprochener mit Tuberkulose kombinierter Chlorose, mit ausführlichen Krankengeschichten und Verlauf. Die Pirquet'sche Reaktion war in 2 Fällen positiv, in 3 Fällen negativ. Verf. empfiehlt in jedem Fall von Chlorose, insbesondere bei jugendlichen Patientinnen an Tuberkulose zu denken und daraufhin zu untersuchen, um so mehr, als man bei Frauen stets im ersten Stadium der Lungentuberkulose das Bild der Chlorose vor sich hat. — Der weitere Verlauf bestätigte in allen Fällen die Diagnose. Lechtman.

Bier, A., Über das Ulcus duodeni. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 17—18.)

Bier hat innerhalb $4^1/_2$ Jahren in Berlin 23 Fälle von Ulcus duodeni operiert. Er bespricht die von den Amerikanern als typisch hingestellten Symptome der Affektion, betont aber dabei, daß ein großer Teil seiner Fälle trotz eingehenden Befragens nicht den typischen Hungerschmerz gehabt hat. Besonders eingehend bespricht er die durch die Radiologie zu erhaltenden Anhaltspunkte für die Diagnose Ulcus duodeni. Es kommen hierbei in Betracht: 1. Zapfenförmige Ausgüsse der Stenose im Duodenum bei normaler Magenkontur; dieses sichere Zeichen ist offenbar selten. 2. Der konstante Ausguß des bulbus duodeni vor dem Geschwür; häufiger vorkommend, aber nicht so sicher. 3. Das Ulcus penetrans duodeni, das offenbar selten einwandfrei festzustellen ist. 4. Die Rechtsverziehung des Magens im Gegensatz zur Rechtsdehnung, erstere erzeugt durch ein schrumpfendes Duodenalgeschwür. 5. Druckschmerzhaftigkeit bei der Schirmdurchleuchtung. Von den 23 Patienten Biers waren 16 Männer, hatten 13 den charakteristischen Hungerschmerz, hatten 15 Blutstuhl, Blutbrechen oder beides, hatten 9 eine Stenose, waren 16 hochgradig abgemagert. Die Operation der Wahl ist die hintere Gastroenterostomie. M. Kaufmann-Mannheim.

Golubinin, L., Pathogenese, Symptomatologie und Therapie der Enteroptose. (Medizinskoje Obosrenie 1912, Nr. 3.)

Der Zustand kann als angeborene Anomalie bezeichnet werden, die durch eine ganze Reihe von Symptomen (abhängig von einem allgemeinen abgeschwächten Zustand des Organismus) gekennzeichnet ist. Verf. beschreibt die Veränderungen der Funktionen aller Organe bei den Enteroptotikern; ferner wird die Disposition zu Tuberkulose, Chlorose und einigen anderen Erkrankungen hervorgehoben. Bei der Behandlung tritt Verf. besonders für die Mastkur ein; ferner sind physikalische und allgemeine hygienische Maßnahmen und von Medikamenten Fe, As, Ph angezeigt. Von der chirurgischen Behandlung erwartet Verf. nicht viel. Lechtman.

Wasilewski, E., Über die Appendizitis und ihre Beziehungen zu den Adnexen. (Medizinskoje Obosrenie 1912, Nr. 1.)

Mitteilung von 5 diagnostisch schwierigen Fällen von Appendizitis, kompliziert durch Erkrankung der rechten Adnexe. Verf. empfiehlt gleich anderen Autoren bei jeder Laparotomie wegen Erkrankung der Genitalorgane die Appendix aufzusuchen und mitzuentfernen, falls nur die geringste pathologisch-anatomische Veränderung an ihr zu sehen ist. Lechtman.

v. Lenhossék, M., Zur Ätiologie und Prophylaxis der Hämorrhoiden. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 22.)

Nach Verfasser ist eine der Ursachen für das Entstehen und Fortbestehen der Hämorrhoiden das Zurückbleiben von Fäkalresten nach den Stuhlentleerungen zwischen den Schleimhautfalten der pars analis recti. Bei Neigung zu Hämorrhoiden ist daher eine regelmäßige Ausspülung des Afters nach den Defäkationen zu empfehlen. M. Kaufmann-Mannheim.

Chirurgie und Orthopädie.

Kopylow, N., 13 Fälle von Magenresektion. (Medizinskoje Obosrenie 1912, Nr. 2.)

Die größte Geschwulst, die $^4/_5$ des Magens einnahm, machte am wenigsten Beschwerden, wobei der Patient nicht nennenswert abgemagert war. Die mittelgroße Geschwulst, ebenfalls beschwerdefrei, verursachte keine



Kachexie, rezidivierte jedoch nach 1 Jahre, während die zwei anderen Fälle noch zur selben Zeit rezidivfrei waren. Die kleinste, mit vielen Narben versehene Geschwulst machte dem Träger die stärksten Beschwerden und führte schnell eine Kachexie herbei. Lechtman.

Peters, Walter (Düsseldorf), **Wismutvergiftungen in der Chirurgie. (Wiener klin. Rundschau 1912, Nr 17—20.)**

Das Magisterium Bismuti gilt im allgemeinen als ungiftig, denn es werden davon große Dosen (10 bis 20 g als Einzelgabe) ohne Schaden vertragen, und bei der Anwendung der von Bardelebenschen Brandbinden, die das Wismut als Streupulver enthalten, sind bisher Vergiftungserscheinungen überhaupt noch nicht beobachtet. — Demgegenüber ist es für den praktischen Arzt höchst interessant und wichtig zu erfahren, daß selbst dies anscheinend harmlose Medikament unter Umständen toxisch wirken kann. Der Verfasser beschreibt aus seiner eigenen Erfahrung einen solchen Fall. Nach einer Rippensekretion wegen Pleuraempyems hatte man dem Kranken eine Einspritzung mit Beckscher Wismutpaste gemacht. Diese Methode hat ihre Geschichte. Der Amerikaner Beck (Chicago) versuchte, um verborgene Fistelgänge im Röntgenbilde sichtbar zu machen, sie mit einer Vaselin-Wismutlösung zu injizieren, dabei sah er mit Staunen, daß selbst hartnäckige Fälle schnell ausheilten, der Fistelgang verwuchs nach wenigen Tagen. So wurde das Diagnostikum zum Heilmittel, aber wie der Verfasser herausrechnet, sind etwa 11 bis 13 Vergiftungen und 6 bis 7 Todesfälle dabei vorgekommen. Das Bestreuen der Brandwunden mit Wismutpulver scheint ungefährlicher zu sein, denn nur viermal ist Unheil damit angerichtet. In der Wundbehandlung, bei der das Bismutum subnitricum (besonders durch die Empfehlung Kochers) weit verbreitet ist, hat man wiederholt Vergiftungen erlebt. Das gilt auch für die beliebten Streupulver Dermatol und Airol. — Die toxischen Erscheinungen gleichen in ihrer Symptomatologie und ihrem Leichenbefunde den Blei- und Quecksilbervergiftungen. So setllte sich in dem vom Verfasser beschriebenen Falle eine bösartige Stomatitis ein, die zur Geschwürsbildung im Munde und zum Ausfallen mehrerer Zähne führte, im übrigen aber glücklich verlief. Zuweilen kommt es auch zu hartnäckigen Durchfällen und Nierenveränderungen, in deren weiteren Verlaufe der Exitus eintreten kann. — Einer besonderen Erwähnung bedarf das Wismut als Röntgendiagnostikum. Früher war es Mode, dem Kranken, um Lageveränderungen im Abdomen festzustellen, eine „Wismutmahlzeit", d. h. 30 bis 50 g Bismut. subnitricum in Form eines Breies zu geben, heute tut das niemand mehr, denn die Methode ist längst als gefährlich erkannt. Glücklicherweise scheint sich in dem Bismut. carbonicum ein harmloses Ersatzmittel zu bieten, das starke Schatten auf dem Leuchtschirme gibt, ohne den Kranken zu schädigen. Steyerthal-Kleinen.

Sgalitzer, M., Über Fistelbehandlung mit Beckscher Wismutpaste. (Wiener klin. Woch. 1912, Nr. 20.)

Erdheim, S., Über Wismutintoxikation bei Behandlung nach der Methode von Beck (Chicago). (Ibidem.)

Erdheim berichtet über einen selbsterlebten Fall von Wismutvergiftung bei einem 9jährigen Knaben nach Injektion von 60 ccm 33 % Wismutpaste in eine Empyemfistel, stellt aus der Literatur 2 Fälle von Lungenembolie und 19 (darunter 8 tödliche) von Wismutvergiftung nach Gebrauch der Paste zusammen und kommt zu dem Resultat, daß man die nicht gefahrlose Methode bei ihren unsicheren Erfolgen nicht zur allgemeinen Verwendung empfehlen könne. Günstiger ist das Urteil Sgalitzers. Er will die Behandlung bei Empyemfisteln, Gelenkprozessen und Abszessen nur als ultima ratio nach Belehrung der Kranken über die Intoxikationsgefahr (nie bei Kindern!) nur im Krankenhaus mit einer Maximaldosis von 30 ccm 10 % oder 10 ccm 30 % Paste erlauben; bei Stomatitis ist sofortige Auskratzung nötig. Dagegen ist die Methode ohne Bedenken anwendbar bei andern Weichteil- und



bei Knochenfisteln; Höchstdosis ist 30 ccm 33 % Paste; der Druck darf nicht zu hoch sein; bei Kindern soll man mit 10 % Paste in möglichst geringer Menge auskommen. Verfasser hat 80 Fälle behandelt und von einer vorübergehenden Enteritis abgesehen keine Vergiftung erlebt, nur einmal eine Oberarmvenenthrombose bei einer Fistel der Achselhöhle. Seine Resultate reichen nicht an die Becks heran; immerhin glaubt er, daß sie so doch mit keiner andern Methode zu erzielen gewesen wären. M. Kaufmann-Mannheim.

de Cortes-Bergamo A., Klinischer und histologischer Beitrag zur Lobsteinschen Osteopsathyrosis. (Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie, Bd. 29, H. 3/4.)

Wer je Gelegenheit hatte bejammernswerte Individuen mit Osteopsathyrosis zu beobachten, die von Jugend an mit dieser Krankheit behaftet, einen bemitleidenswerten Zustand bieten, der wird mit Freude begrüßen, wenn es gelänge, uns in der Erkenntnis und vielleicht Behandlung dieser Erkrankung voranzubringen. Cortes teilt in seiner eingehenden Arbeit, in der er alle bisher über diese Krankheit bekannten Tatsachen an der Hand der vorhandenen Literatur würdigt, eine neue Beobachtung mit, die in mehr als einer Beziehung Merkwürdiges und Bemerkenswertes darbietet. Vor allem die Familiengeschichte ist deshalb bedeutsam, weil auch der Großvater an dieser abnormen Knochenbrüchigkeit litt und dann weil der eine Bruder des Patienten eine Dystrophia muscularis progressiva juvenilis (Erb) aufwies. Verfasser weist nun an der Hand dieses familiären Zusammentreffens darauf hin, ob nicht eine Möglichkeit bestände, diese beiden Erkrankungeen in Parallele zu stellen und sie auf eine Erkrankung der grauen Vorderhörner des Rückenmarks zu beziehen, eine Vermutung, die bereits früher ausgesprochen ist.

Dann gelang es ihm, ein keilförmiges Knochenstück, das wegen der Tibia-deformität herausgemeißelt war, mikroskopisch zu untersuchen. Es fanden sich dabei eigenartige Rückbildungsprozesse des Knochens: Schon makroskopisch zeigte sich weitmaschige Trabekelstruktur der Kortikalis, wo man substantia eburnea finden sollte. Mikroskopisch ergab sich, daß eine fast vollständige Abwesenheit ernährender Gefäße bestand, wo noch einzelne kleine Gefäßchen vorhanden waren, klafften sie in einem relativ weiten Raum, um den nur manchmal Lamellen zur Bildung Haversscher Kanäle sich ordneten. Alle diese Lamellen sind mit einem Zellensaum versehen, der eine Bekleidung der Lamellen bildet und diese manchmal an Dicke übertrifft. Der Zellsaum besteht aus einer oder mehreren Schichten, sind es mehrere, so ist die den Lamellen aufliegende Schicht abgeflacht. Die einzelne dieser Zellen hat ovale Form mit großem Kern und nicht scharf abgrenzbarem Protoplasma, es finden sich keine Riesenzellen dazwischen. Die Knochenkörper scheinen normal. Zwischen den Lamellen liegt Bindegewebe, teils fibrös, teils weitmaschig, teils wie Fettgewebe aussehend. In diesem Zwischengewebe öffnen sich einige dünnwandige Gefäße, die keine Blutelemente enthalten, und es zeigen sich einige spärliche lymphoide Elemente. Markelemente finden sich nicht. Sehr interessant ist, daß das interlamelläre Gewebe sich in jenes fortsetzt, welches die wenigen in den Lamellen noch vorhandenen Gefäße auskleidet, es hat so den Anschein, als ob der größte Teil der interlamellären Räume aus der progressiven Dilatation der Haversschen Kanäle stammte. An einigen Stellen, an denen das interlamelläre Bindegewebe ausgedehnt ist, sind Zellgruppen, in denen man kleine Überreste in Atrophie befindlicher Knochenlamellen entdecken kann. Leider ist durch unglücklichen Zufall nicht gelungen, das Periost mit zu untersuchen.

Wer sich über differentialdiagnostischen Verhältnisse dem Kretinismus, der Rhachitis, der Chondrodystrophie, der periostalen Dysplasie und der Lues gegenüber und sonst unterrichten will, dem sei das Studium der Arbeit empfohlen.

Ein Behandlungsversuch mit Adrenalin, wie es für Osteomalazie empfohlen ist, war zu kurz, um eine Wirkung zu entfalten.

Schütze-Darmstadt.



Gallois, P. (Paris), Glyzerinbehandlung bei Furunkeln. (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 144, S. 136/137.)

Die Serien von Furunkeln, welche manche Menschen zur Verzweiflung bringen, sind auch für uns Ärzte ein wahres Kreuz. Man ist geneigt, sie auf irgend eine Dyskrasie zurückzuführen, z. B. Diabetes, und leitet demgemäß eine Hefekur ein. Manchmal hilft die Hefe, viel häufiger aber nicht. Das kommt dann daher, daß man über humoralpathologischen Spekulationen die Lokal-Infektion übersehen hatte. Gallois verwirft jeglichen Wasserverband bei Furunkeln; denn Wasser weicht die Haut auf, macht sie widerstandsunfähig und verschleppt die pathogenen Kokken. G. geht soweit, zu sagen: Verbindet einen Furunkel, wie ihr wollt; nur laßt Wasser weg, sonst bekommt ihr immer neue Infektionen. Infolgedessen verwendet er nur Glyzerin — oder noch lieber Glyzerin mit einem Zusatz von Stärke — zu seinen Verbänden. Er tränkt damit reichlich eine Lage Watte, legt außerdem noch einige Lagen trockener Watte darauf und verbindet dann so fest, daß sich das Ganze nicht verschieben kann. Der Verband muß täglich zweimal gemacht werden, garantiert dafür aber eine Abheilung des Furunkels in 8 Tagen.

Inzisionen macht G. nicht. — Antiseptisch denkende Ärzte können dem Glyzerin etwas Borsäure, Phenol, Sublimat u. dgl. zusetzen; aber absolut notwendig scheint das nicht zu sein. Buttersack-Berlin.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Dennis (St. Paul), The treatment of uterine prolapse. (The St. Paul medical journ. 1912, H. 5.)

1. Einfache Retroversion kann ohne irgend einen erkennbaren pathologischen Zustand und ganz ohne Symptome vorkommen. 2. Prolaps ist immer begleitet von einem gewissen Grad von Zysto- und Rektozele und kann ohne Schädigung des Beckenbodens durch die einfachen Mittel, die bei Retroversion genügen, nicht korrigiert werden. 3. Eventuell können prophylaktische Maßnahmen in Frage kommen. 4. Ist der Prolaps schon da, so kann ein zweckmäßiges Pessar, aber nur vorübergehend helfen. 5. Dauernde Besserung gibt nur der chirurgische Eingriff; hier hat die von Watkins angegebene Operation, eine Modifikation der Freund-Wertheimschen, den besten Erfolg. v. Schnizer-Höxter.

Cranwell, J., Inondation péritoneale par Rupture d'un Follicule du de Graaf. (Annal. de Gyn. 1912, pag. 226.)

Bei einer 24 jährigen Frau trat plötzlich eine abundante Blutung in die Bauchhöhle ein. Sie wurde laparotomiert und als Ursache der Blutung fand sich ein geplatzter völlig normal aussehender Follikel. Auch eine Allgemeinursache ließ sich ätiologisch nicht nachweisen. — C. hat nur noch drei gleiche Fälle in der Literatur gefunden. R. Klien-Leipzig.

Sauvage, À propos de l'Ablation des Kystes ovariens praevia pendant le Travail. (Annal de Gyn. 1912, 39. Bd., pag. 290.)

Die Frage ist die: soll man bei einem ein Geburtshindernis bildenden, im Douglas eingekeilten, Ovarialkystom dieses entfernen, ohne den Uterus zu eröffnen und das Kind zu extrahieren, oder soll man letzteres tun. Auf Grund des beschriebenen Falles, in welchem S. den ersteren Weg beschritt, in dem jedoch die wenn auch nur kurze, aber sehr beträchtliche Luxation des Uterus über die Symphyse hinweg genügt hatte, das Kind zum Absterben zu bringen, will S. in Zukunft erst den Uterus durch Schnitt entleeren. R. Klien-Leipzig.

Fieux, Asépsie simple des Gants de Caoutchouc dans la Pratique chirurgicale et obstétricale. (Revue prat. d'Obst. 1912, pag. 65.)

F. hat den bakteriologischen Nachweis erbracht, daß durch den natürlichen Gebrauch infizierte Gummihandschuhe mit glatter Oberfläche dadurch wieder vollständig steril werden, daß man die über die Hände gezogenen Handschuhe in heißem Wasser und Seife ohne Bürste gründlich



wäscht und dann mit Alkohol abwischt. Das ist für den Gebrauch von Handschuhen bei der Hospitalvisite von größter praktischer Wichtigkeit. — Für größere aseptische Operationen sollen die Handschuhe natürlich nach wie vor im Dampf sterilisiert werden. R. Klien-Leipzig.

Veit, J. (Halle), Das Elektrometrogramm. (Zentralbl. f. Gyn. 1912, Nr. 6.)

Zum Studium der Wirkung der Wehenmittel verwandte V. den Oszillographen von Bock und Thoma, der für die Aufzeichnungen der elektrischen Vorgänge am Herzen ebenso brauchbar ist wie das Einthovensche Saitengalvanometer; die Darstellung der Wehenarbeit in ihrem Ausdruck auf dem Elektrometrogramm ist ganz objektiv, da der Uterus selbst gar nicht berührt wird. Es ist dies ein neuer Weg, dessen Einzelheiten noch näher untersucht werden müssen. M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Amersbach, R., Über die Staphylokokken in den Geschlechtswegen normaler Schwangerer. (Aus dem städt. hyg. Inst. in Frankfurt a. M.) (Zeitschr. für Gebh. u. Gyn. 1912, Bd. 70. Heft 2, S. 511.)

A. fand bei 40 normalen Schwangeren in 48 % in deren Vagina mittels Plattenverfahren, Feststellung der Hämolysinbildung und der Eigenschaften dieses Toxins echte pyogene Staphylokokken. Der Wochenbettverlauf wurde nicht beeinflußt. R. Klien-Leipzig.

Moritz, Eva, Wurmfortsatzveränderungen nach Tubenentzündungen. (Aus dem path. Inst. der Univ. Freiburg.) (Zeitschrift für Gebh. u. Gyn. 1912, Bd. 70, H. 2.)

Wie Schridde bei Appendicitiden subperitoneale entzündliche Herde in den Tuben nachweisen konnte, so hat M. umgekehrt bei eitrigen Tubenerkrankungen derartige Herde im Wurmfortsatz gefunden, und zwar in etwa der Hälfte der Fälle. R. Klien-Leipzig.

Traugott, M. und Küster, O. M., Über den Wert des Ausstrichpräparates für die Untersuchung der Genitalsekrete. (Aus der städt. Frauenklin. in Frankfurt a. M.) (Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn. 1912, Heft 6.)

Auf Grund eines großen Materiales kommen Verfasser zu folgenden Schlüssen: Das Ausstrichpräparat des Uterus- oder Vaginalsekretes hat für die rein bakteriologische Diagnostik im Sinne der Erkennung der in den Lochien vegetierenden Keime keinen bindenden Wert. Es gibt weiterhin keinen Aufschluß darüber, ob es sich um einfache Anwesenheit der Keime in den Lochien, um putride Intoxikation, oder um eine bestehende Infektion handelt. Es läßt schließlich prognostische Schlüsse durchaus nicht zu. Alles dies gilt natürlich nur in Nichtberücksichtigung des Befundes von Gonokokken. R. Klien-Leipzig.

Polano, O., Über den Einfluß medikamentöser Scheidenspülungen auf die normale und pathologische, nicht puerperale Scheide. (Zeitschr. f. Gebh. und Gyn. 1912, Bd. 70, Heft 2.)

Nach den P.'schen Untersuchungen kommt den Scheidenausspülungen keine sehr bedeutende Wirkung hinsichtlich etwaiger Keimverminderung zu. Das gilt ganz besonders vom Lysol, dem Holzessig und der vielgepriesenen Milchsäure. Am wirksamsten erwiesen sich Mittel, denen eine austrocknende und gerbende Eigenschaft zukommt: Alaun, Alkohol, Argentum nitricum, besonders mit nachheriger Applikation von Bolus alba. (Ob man nicht das gleiche Resultat erreicht, wenn man der Bolusapplikation einfache reinigende Wasserausspülungen vorausschickt? Ref.) R. Klien-Leipzig.

Mériel, E., Le Moment opportun de l' Ovariotomie dans la Torsion pédiculaire des Kystes ovariques pendant les Suites de Couches. (Annal. de Gyn. 1912, Bd. 39, pag. 295.)

Bekanntlich ist man sich noch nicht einig darüber, ob ein während der Schwangerschaft konstatiertes, frei in der Bauchhöhle befindliches, also nicht im Douglas eingekeiltes Ovarialkystom sofort oder erst nach überstandenem Wochenbett entfernt werden soll. M. bereitet zur Entscheidung dieser Frage eine Statistik vor. Ein Moment, welches für sofortige Operation ins Feld geführt worden ist, lehnt er schon heute ab, das ist die



im Wochenbett ev. drohende Stieldrehung. Diese sei einerseits zu selten, andererseits werde man wohl durch sie kaum derartig überrascht, daß man nichts stets noch rechtzeitig operieren könne. Ein mit Erfolg operierter Fall letzterer Art wird mitgeteilt. R. Klien-Leipzig.

Schöner, O. (Rottach), Die praktische Vorausbestimmung des Geschlechts beim Menschen. (Zentralbl. f. Gyn. 1912, Nr. 8.)

Polemik gegen Ahlfeld über die von dem Verfasser aufgestellte Theorie. M. Schwab-Berlin-Wilmersdorf.

Psychiatrie und Neurologie.

Neumann, H., Die Bedeutung des Fazialisphänomens jenseits des Säuglingsalters. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 17.)

Das Fazialisphänomen kommt jenseits des Säuglingsalters nur bei neuropathischen Kindern vor und ist bei ihnen sehr häufig. Es ist daher ein wertvoller objektiver Hinweis auf die neuropathische Konstitution; es vererbt sich ebenso wie überhaupt die tetanoide Übererregbarkeit zusammen mit der Neuropathie als eine ihrer eigenartigen Ausdrucksweisen.
M. Kaufmann-Mannheim.

Groag, P. (Wien), Nervöse Funktionsstörungen der männlichen Sexualorgane. (Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie 1912, Bd. VXI, H. 4/5.)

Unter Zugrundelegung eines besonderen Schemas, in welchem die Großhirnrinde, die Erektions-Ejakulationszentren (teils sympathischer, teils spinaler Natur), die Glans penis und die Vesiculae seminales eine Rolle spielen, teilt Verf. das große Heer der Funktionsstörungen ein und fügt dem einen Abschnitt der jeweils angezeigten Therapie an. Buttersack-Berlin.

Kinderheilkunde und Säuglingsernährung.

Grenacher, Ein Beitrag zur Thymusstenose. (Inaug.-Dissert. Halle a. S. 1912).

Der Fall ist auch neurologisch um deswillen interessant, als neben dem gleichzeitig bestehenden Atmungshindernisse bei der 4½ jährigen Patientin eine Idiotia thymica bestand. Da das Röntgenbild auf eine Veränderung der Thymus hinwies, wurde die Patientin operiert. Die Operation brachte eine Besserung des somatischen und psychischen Befindens.
K. Boas-Straßburg i. E.

Friberger, Ragnar, Über Arhythmie bei gesunden Kindern. (Archiv für Kinderheilkunde Bd. 58, H. I—III.)

Auf Grund exakter experimenteller Versuche kommt Verfasser zum Schluß, daß die Arhythmie im Kindesalter etwas durchaus physiologisches darstellt. Kein einziges von 321 Kindern wies einen völlig regelmäßigen Puls auf. Einigermaßen regelmäßigen Puls hatten 37,4 %, stark unregelmäßigen 12,2 %, mäßig unregelmäßig war der Puls bei 50,4 %. — Die Genese der Arhythmie ist insofern eine einheitliche, als der nächste Ursprung der Unregelmäßigkeit an einem oberhalb dem Vorhofe gelegenen Punkte des Reizerzeugungs- und Reizleitungssystems gesucht werden muß. Nur für eine geringe Anzahl von unregelmäßigen Schlägen ist der Ursprungsort vielleicht im Vorhof selbst zu finden. Niemals war eine atrioventrikuläre oder ventrikuläre Extrasystole zu sehen, niemals ein Block zwischen Vorhof und Kammer; kein Fall von perpetueller Arhythmie fand sich unter den Untersuchten. In keinem einzigen Falle fehlt ganz der respiratorische Typus der Arhythmie. Reiß-München.

Baginsky, A., Zur Infektionsdauer des Scharlachs. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 16.)

Baginsky entläßt die Scharlachkinder gewöhnlich nach 42 Tagen, und kennt doch 45 Fälle, in denen die Kinder, die anscheinend völlig gesund waren, zu Hause andere Kinder angesteckt haben; eine große Zahl der Fälle von Übertragung liegt zwischen dem 3. und 4. Tage, entsprechend der Inkubationszeit. Diese Erfahrung lehrt uns, daß wir mit den 6 Wochen Klausur, die das Seuchengesetz vorschreibt, eigentlich noch nicht genug



haben, ohne daß wir den Zeitpunkt angeben können, wo die Infektionsgefahr nicht mehr besteht. Verfasser hat ferner beobachtet, daß Kinder mit Verbrennungen auf der chirurgischen Abteilung auffallend häufig Scharlach bekommen; es müssen also dort anscheinend gesunde Kinder das Scharlachgift beherbergen, das bei Kindern mit Verbrennung besonders gern zu haften scheint. Vielleicht beherbergt der Nasopharynx das Kontagium.

M. Kaufmann-Mannheim.

Schwenk, Curt, Symmetrische Osteomyelitis nach Variola. (Arch. f. Kinderheilkunde Heft I—III.)

Mitteilung von Fällen aus der Literatur und eigener Beobachtung, bei denen im Anschluß an akute mit Exanthem einhergehenden Infektionskrankheiten symmetrische Osteomyelitis beobachtet wurde.

Reiß-München.

Stamm, Carl, Über Krämpfe bei Neugeborenen. (Aus der Kinderpoliklinik Hamburg. (Arch. f. Kinderheilkunde Bd. 58, H. I—III.)

Zu den Neugebornen rechnet Verfasser die Kinder bis zum vollendeten Abfall der Nabelschnur. Gewöhnlich haben die Krämpfe Neugeborner eine in der Hirnbeschaffenheit begründete, makroskopisch sichtbare Ursache. Bei Neugebornen kann eine Hirnblutung auftreten ohne nachweisbares Trauma intra partum und ohne nennenswerte Asphyxie. Die übrigen organischen Hirnerkrankungen Neugeborner stehen in praktisch therapeutischer Beziehung hinter den Meningealblutungen zurück. Zu erwähnen wären noch: Hämorrhagien in die Hirnsubstanz selbst, syphilitische und parasyphilitische Veränderungen an den Hirnhäuten, der Hydrocephalus luetischer Neugeborner. Auch akute septische Entzündungen des Hirns — eitrige Meningitis, embolische Abszesse, Encephalitis, Sinusthrombose — können ebenso wie angeborne Gehirnstörungen und Mißbildungen bei Neugebornen Krämpfe auslösen. Krämpfe bei Neugebornen sind selten funktioneller Natur im Gegensatz zu den Krampfformen des späteren Säuglingsalters.

Reiß-München.

Brandenberg, Fritz (Winterthur), Die Hernia epigastrica im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilkunde Bd. 58, H. I—III.)

Verf. hält die Erkrankung für weitaus häufiger als man gemeinhin anzunehmen geneigt ist; er kommt zu folgender Zusammenfassung: Pathognomonisch wichtig für das Vorliegen einer Hernia epigastrica bei Kindern bezw. eines präperitonealen, durch die Linea alba hindurchgetretenen Fettklümpchens mit Zug am anhaftenden Peritoneum sind krisenartige Schmerzanfälle im Unterleib im direkten Anschluß an die Mahlzeiten, ganz besonders nach dem Frühstück. — Die Behandlung besteht vorerst im Anlegen einer Gummipelotte, welche durch einen ca. 3—4 cm breiten und 14—20 cm langen Heftpflasterstreifen festgehalten wird, bleibt das ohne Erfolg, so kommt die operative Behandlung in Frage, sei es als Paraffininjektion oder als, infolge der einfachen anatomischen Verhältnisse, stets leicht ausführbare Radikaloperation. Reiß-München.

Mayerhofer, Zur Therapie der Rumination im Säuglingsalter. (Therapeutische Monatshefte 1912/4.)

Bei einem 7 Monate alten hereditär nervösen Säugling bestand seit dem 4. Monat infolge einer Verdauungsstörung Rumination mit konsekutiver Inanition. Pylorusspasmus bestand nicht. Änderung mit einem Schlage und prompte Heilung der Inanition durch Verabreichung rein breiiger Nahrung. v. Schnizer-Höxter.

Mehnert (Jamestown, Kapkolonie) befreit Säuglinge vom Keuchhusten durch Schutzpocken-Impfung binnen 14 Tagen. Diese Therapie ist aber nur möglich, wenn der Pat. nicht vorher schon geimpft gewesen war. (Gazette méd. de Paris 1912, No. 147 S. 160.)

Buttersack-Berlin.



Hautkrankheiten und Syphilis.
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Andronescu, Eug., Die Anwendung des Salvarsans bei hereditärer Lues. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 16.)

Die Behandlung der stillenden Mutter mit Salvarsan hat Verfasser in 2 Fällen hereditärer Lues vorzügliche Erfolge gebracht, während bei einem dritten Kind weder indirekte noch direkte Salvarsanbehandlung noch Hg Besserung erzielte. Die Mißerfolge anderer Autoren dürften auf nicht genügender Beobachtung beruhen. Bei weiteren 6 Fällen hereditärer Lues wurde die direkte Salvarsanbehandlung versucht, in 4 davon mit gutem Resultat. Die Fälle beweisen, abgesehen von dem guten Erfolg, auch die Unschädlichkeit des Präparats bei Kindern. Jedes Kind mit Heredosyphilis ist sofort der Salvarsantherapie zu unterziehen.

M. Kaufmann-Mannheim.

Stühmer, A., Klinische Erfahrungen mit Neosalvarsan. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 21.)

Das Neosalvarsan bedeutet, wie Verfasser auf Grund von ca. 1400 Injektionen bei ca. 340 Patienten bestätigen kann, dem Altsalvarsan gegenüber einen wesentlichen Fortschritt. Das Präparat ist leicht löslich, wodurch die Herstellung der Lösung wesentlich vereinfacht ist; der Fortfall der Natronlauge schaltet eine ganze Reihe Gefahren aus. Das Mittel wird in den dem Altsalvarsan entsprechenden Dosen besser ertragen: Darmstörungen und Kollaps fehlen fast ganz. Das Mittel läßt eine Steigerung der Dosen auf das Doppelte der früher gebräuchlichen Salvarsanmengen zu; die dabei etwas häufiger beobachteten Arzneiexantheme verliefen durchweg ohne dauernde Schädigung. Die Wirksamkeit des Mittels beim Menschen kommt der des Altsalvarsans mindestens gleich, im Tierversuch ist sie sogar höher. Die intramuskuläre Injektion scheint lokal wesentlich weniger zu reizen; die Resorption scheint schneller vor sich zu gehen.

M. Kaufmann-Mannheim.

v. Marschalko, Veszprémi (Klausenburg), **Experimentelle und histologische Studien über Salvarsantod.** (Die Heilkunde. Ärztl. Standesztg. 1912, Nr. 13.)

Bericht über den Fall eines 38jährigen Staatsanwaltes, der vor 20 Jahren Syphilis acquirierte und trotz Latenz der Krankheit sich einer venösen Salvarsaninjektion (0,52 g Salvarsan) unterzog; am 5. Tag exitus. Die Sektion ergab ausgedehnte punktiforme Blutungen des Gehirnes. M a r s c h a l k o ist trotzdem auch weiter Anhänger der Salvarsantherapie, so daß eine moderne Syphilistherapie ohne Salvarsan ganz undenkbar ist, doch warnt er vor zu hohen Dosen des Salvarsans, zumal wenn es intravenös angewendet wird. Die bis jetzt geltende dosis tolerata 0,01 pro Kilo beim Menschen venös ist zu hoch, und er gibt fast nie mehr als 0,005 pro Kilo; er hat unter weit mehr als 2000 intravenösen Injektionen keinen einzigen Todesfall gehabt, was er nur dieser vorsichtigen Behandlungsart zuschreibt. Es ist aber auch keinesfalls nötig, hohe Dosen anzuwenden, da man denselben Effekt auch mit kleinen Dosen erzielt. Er hat sogar über 20 Fälle, bei welchen bei ganz frischen Sklerosen eine abortive Wirkung scheinbar gelungen ist, nach Gebrauch von einer Dosis 0,3 bis 0,4, ev. einmal wiederholt, teils mit, teils ohne Hg. Dieselben sind nun schon seit 6—15 Monaten vollständig symptomenfrei und zeigen alle negativen Wassermann. Stets soll die Salvarsantherapie mit Anwendung der Hg-Therapie kombiniert werden.

S. Leo.

Augenkrankheiten.

Heimann, Ernst A., Schielen und Schielbehandlung im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilkunde, Bd 58., H. I—III.)

Nur bei frühzeitigstem Beginn der Behandlung ist ein Erfolg von der operationslosen Therapie zu erhoffen.

Jedes schielende Kind ist zu atropinisieren und dann auf Hypermetropie



zu untersuchen. Die Übersichtigkeit muß sofort auch bei den kleinsten Kindern durch Konvexglas, das dauernd zu tragen ist, korrigiert werden.

Sind die Kinder reif für systematische Übungen (vollendetes 3.—4. Lebensjahr), so sind mehrwöchentliche Übungen am Amblyoskop (Beschreibung dieses Apparates ist im Originalartikel enthalten) vorzunehmen.

Lassen die konservativen Methoden im Stich, oder erscheint infolge der Größe des Schielwinkels (mehr als 15 Grad) oder hochgradiger einseitiger Schwachsichtigkeit, die operationslose Behandlung aussichtslos, so ist die Operation indiziert, die nach vollendetem 4.—5. Lebensjahr ausgeführt werden kann. Reiß-München.

Medikamentöse Therapie.

Loewe, S., Klinische Erfahrungen mit Luminal. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 20.)

Das Luminal bewährt sich als Sedativum und Hypnotikum bei allen Formen der Erregung Geisteskranker, sowie bei Erregung und Schlafstörungen von Degenerierten und Neurasthenikern, auch bei Nebenhergehen körperlicher Schmerzen; es wirkt auch, wo andere Hypnotika unwirksam bleiben oder kontraindiziert sind. Bei Deliranten scheint es die kupierende Wirkung hoher Veronaldosen bei wesentlich niedrigerer Dosierung zu erzielen. 0,2 bis höchstens 0,4 erzielen bei Nichtpsychotischen, 0,6—0,8 bei stark erregten Geisteskranken sicher Schlaf. Nebenwirkungen: Benommenheit, Rauschzustände, Blutdrucksenkung, Exantheme, werden nur bei längerer Darreichung beobachtet und ähneln denen des Veronals. 0,2—0,3 g entsprechen in der Wirksamkeit 0,5 Veronal. Man gibt das Luminal per os in Tablettenform oder in Lösung als Luminalnatrium; letzteres auch per Klysma und subkutan. In Kombination mit kleinen Morphindosen kann Luminal statt Hyoszin gegeben werden, wofern man nicht eine sofortige Wirkung verlangt. M. Kaufmann-Mannheim.

Goldstein, M., Über Luminal, ein neues Hypnotikum. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 21.)

Verfasser gab Luminal fast nur bei Geisteskranken, insgesamt bei 25 Männern und 18 Frauen; wegen seines bitteren Geschmacks wurde es von besonnenen Kranken oft zurückgewiesen. Die Dosis betrug 0,2—0,8. Bei Darreichung per os war der Erfolg in 78 % der Fälle genügend, und zwar betrug die nötige Minimaldosis 0,3, die Maximaldosis 0,8 pro dosi, 1,8 pro die. Subkutan konnten 0,3—0,6 in 30 % Lösung ohne besondere Schmerzhaftigkeit gegeben werden; der Erfolg war geringer, dagegen war er recht gut bei der Darreichung als Suppositorium. Ernstere Nebenwirkungen wurden keine beobachtet, wohl aber Benommenheit, Appetitlosigkeit, Schwindel, Erbrechen. Das Mittel ist als ein ziemlich prompt und stark wirkendes Hypnotikum in der psychiatrischen Praxis bei schwerer Agrypnie indiziert; dem Veronal ist es sicher überlegen; dagegen ist seine sedative Wirkung geringer als die des Adalins; Skopolamin wirkt prompter, schädigt aber mehr Herz und Nieren. M. Kaufmann-Mannheim.

Jurasz, A. T., Ein Todesfall nach intravenöser Hormonalinjektion. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 22.)

Nachdem jetzt eine Reihe schwerer Zufälle nach Hormonalinjektion veröffentlicht sind, fast alle nach intravenöser, einer aber auch nach intramuskulärer Injektion, berichtet hier Jurasz über den ersten tödlich verlaufenen Fall. Es handelte sich um eine wegen Peritonitis nach Gallenblasenperforation operierte Patientin, die am Tage nach der Operation wegen Darmlähmung 20 ccm Hormonal intravenös erhielt. Sofort starker Kollaps, aus dem sich die Patientin vorübergehend erholte; nach $2^1/_2$ Stunden kam es zum Exitus. M. Kaufmann-Mannheim.



Determann u. Bröking, Beeinflußt Jodeinverleibung die Viskosität des Blutes? (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 21.)

Aus den Versuchen der Verfasser geht mit Sicherheit hervor, daß selbst die stärkste Joddarreichung beim Pferd, Hund und Kaninchen die Viskosität weder des Blutes noch des Plasmas in genügender Weise ändert, um daraus Schlüsse zu ziehen. Gewiß hat das Jod einen viskositätsvermindernden Einfluß auf tierische Flüssigkeiten in vitro; im lebenden Organismus aber sind offenbar ausgleichende Kräfte tätig, die dafür sorgen, daß die chemisch-physikalischen Eigenschaften der Blutflüssigkeit und der Blutkörperchen sich nicht leicht von ihrem Gleichgewichtspunkt entfernen.

M. Kaufmann-Mannheim.

Als antiseptisches Mundwasser empfiehlt P. Carles eine Mischung von 20 g Jodtinktur und 1 g Jodkali. Davon nehme man 1 bis 3 Tropfen auf $^1/_4$ Liter warmen Wassers und spüle — namentlich abends — gründlich den Mund aus. Zahnsteinbildung und sogar Caries werde auf diese Weise verhindert. **Buttersack-Berlin.**

Röntgenologie und physikalisch-diätetische Heilmethoden.

Stanowski (Danzig), Gesteigerter Wasserverbrauch in der Diätetik. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 19.)

Stanowski konnte oft die Beobachtung machen, daß in manchen ätiologisch unklaren chronischen Krankheitsfällen die Patienten regelmälig auffallend wenig getrunken hatten, so bei heftigen Neuralgien, Gicht, harnsaurer Diathese, Hämorrhoiden, Rheumatismus, Hautaffektionen, Furunkulose, psychischen Erkrankungen, Obstipation usw. Oft konnte er weiter feststellen, daß die betreffende Affektion erst wich, wenn reichlich Wasser zugeführt wurde. So heilte bei ihm selbst eine hartnäckige Furunkulose erst, als er monatelang reichlich Flüssigkeit (täglich 5 l stubenwarmes Wasser und 2 l heiße Milch) zu sich nahm; dabei wurde seine Herztätigkeit, die früher unregelmäßig und beschleunigt war, normal. Überhaupt sprechen diese und andere günstige Erfahrungen mit Flüssigkeitsvermehrung dafür, daß die Ursache mancher Herzbeschwerden weniger im Herzen selbst als in der Anwesenheit pathologischer Reizstoffe (z. B. Harnsäure) im Blute zu suchen ist. M. Kaufmann-Mannheim.

Buxbaum, B. (Wien), Zur Therapie von Neuralgien mit Radium. (Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie 1912, XVI. Bd., 5. Heft, Seite 257—261.)

Verfasser hat mit den vom Zentralverkaufsbureau der Radiogen-Radiumpräparate gelieferten Säckchen 10 Pat., die an Neuralgien litten, behandelt. Von den 4 Trigeminusneuralgien wurden 2 geheilt, je 1 gebessert bezw. nicht beeinflußt. Von 5 Ischiadikern wurden 3 geheilt, 1 nicht beeinflußt; bei einem Gebesserten trat nach wenigen Tagen ein Rezidiv auf. Eine Patientin mit Interkostalneuralgie wurde geheilt.

Die Dauer der Behandlung schwankte zwischen einigen Tagen und 4 Wochen. Buttersack-Berlin.

Rave, W., Zur Behandlung des Pruritus ani mit Röntgenstrahlen. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 16.)

Verfasser hat im Berliner Hedwigkrankenhause seit 1908 zehn Fälle von essentiellem Pruritus ani mit Röntgenstrahlen behandelt; davon sind 8 Fälle völlig geheilt, einer hatte nach $1^1/_2$ Jahren ein leichtes Rezidiv. Der Patient nimmt bei der Bestrahlung Knieellenbogenlage ein und zieht mit den Händen die Nates weit auseinander. Die Röntgenröhre (weich bis mittelweich) kommt, am besten unter Verwendung der Bleiglasansätze, möglichst nahe an den After. Verfasser gibt durchschnittlich $1—1^1/_2$ Dosen nach der Kromayerschen Milliampère-Zentimeter-Methode-$^2/_3$—1 Dosis nach Sabouraud-Noiré. Diese Dosis zerlegt er in 3—4 Teildosen, und nimmt einen über den andern Tag eine Bestrahlung vor; nach einer Pause von 3—4



Wochen wird der Turnus wiederholt. Auf diese Weise ist jede Schädigung des Patienten vermieden; höchstens tritt ein leichtes Erythem ein. Schon nach den ersten Bestrahlungen läßt der Juckreiz nach. Selbstverständlich ist durch die bekannten Maßregeln für den Schutz der Patienten, besonders auch der Hoden, zu sorgen. Verfasser hält die Methode unter dem Vorbehalt, daß die Anzahl seiner Fälle relativ gering ist, für sicher wirkend.

M. Kaufmann-Mannheim.

Kuh, R. (Prag), Die Chondrodysplasie im Röntgenbild. (Zeitschr. f. orthopädische Chirurgie, 29. Bd., Heft 3/4.)

Auch bei dieser hier abgehandelten Erkrankung haben die Röntgenstrahlen eine bedeutende Aufklärung über das Wesen der Krankheit und viele Details gebracht. Die bei dieser Erkrankung sich findenden multiplen Exostosen sind als Symptome zu betrachten, während die Konfiguration der Gelenkenden, die Verkürzung der Extremitäten usw. auf dem Grundleiden beruhen. Es findet sich oft, daß die Exostosen fast symmetrisch verteilt, an bestimmte Punkte lokalisiert sind. Diese Symmetrie herrscht auch meist bei den groben und feinen Veränderungen der Knochen. In den Regionen des stärksten Wachstumes an den Diaphysenenden ist der Knochen am meisten aufgetrieben (die Kortikalis verdünnt, die Spongiosa vermehrt) und hier finden sich auch die meisten Exostosen. Die eintretenden Verkrümmungen kommen durch ungleichmäßiges Wachstum der Knochen auf dem Querschnitt zustande (z. B. beim genu valgum wächst der innere Kondylus tiefer hinab als der rechte, bei den Vorderarmknochen wächst der eine stärker als der andre). Durch dies ungleichmäßige Knochenwachstum kommen dann auch die Gelenkstörungen zustande.

Das Wesentliche der Erkrankung sind also nicht die Exostosen, sondern die meist an den Diaphysenenden sich findenden Proliferationsstörungen, doch hat dies weder seinen Grund in Lues noch in Rhachitis. Gerade von letzterem Leiden unterscheidet sich die Chondrodysplasie dadurch, daß bei jener die Veränderungen des Wachstums sich in den Epiphysen, bei dieser in den Diaphysen findet, ferner zeigt die Rhachitis einen wellig zackigen Verlauf der Epiphysenlinien, während bei jener Erkrankung das nicht der Fall ist. Am meisten Ähnlichkeit besteht mit den Enchondromen, doch neigen diese zu bösartiger Degeneration, was bei den Exostosen der Chondrodysplasie nicht der Fall ist.

Schütze-Darmstadt.

Bücherschau.

Adler, Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. 195 Seiten. Wiesbaden 1912. Verlag von J. F. Bergmann.

Burgerstein, Schulhygiene. Aus Natur und Geisteswelt, Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellung. 96. Bändchen. 3. Aufl. mit 43 Figuren im Text. 143 Seiten. Leipzig 1912. Verlag von B. G. Teubner.

Gerber, Die Operation der Nasenrachentumoren, mit 3 Figuren. Sonderabdruck aus Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Seite 561—569. Berlin und Wien 1912. Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Grove, Die infektiösen Komplikationen der Adenotomie. Mit 2 Textfiguren. Sonderabdruck aus dem Archiv für Laryngologie und Rhinologie. 26. Band. 2. Heft. 12 Seiten.

Hertwig, Allgemeine Biologie. 4. umgearbeitete und erweiterte Auflage mit 478 farbigen Abbildungen im Text. 787 Seiten, Preis ℳ 19,50. Jena 1912. Verlag von Gustav Fischer.

Jentzsch, Su alcune nuove ricerche concernenti il rilievo esterno cramico delle circonso luzioni cerebrali. 7 Seiten.

Jentsch, Über die Agilität. Sonderabdruck aus der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift. 8 Seiten. Halle a. S. Verlag von Carl Marhold.

Kaskel und **Sitzler, Grundriß des sozialen Versicherungsrechts.** Systematische Darstellung auf Grund der Reichsversicherungsordnung und des Versicherungsgesetzes für Angestellte. I. Band. 484 Seiten. Preis ℳ 9,—. Berlin 1912. Verlag von Julius Springer.

Focke, Die hohe Bedeutung der Folia Dig. titrata und ihre Vergleichung mit andern Digitalispräparaten. Sonderabdruck aus der Therapie der Gegenwart. 16 Seiten. Berlin 1912. Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Warte, Fortschritte der Psychologie und ihrer Anwendungen. I. Band, 1. Heft. 82 S. Leipzig und Berlin 1912. Verlag von Teubner.

Neufeld und **Kandiba, Beitrag zur Kenntnis der „antiaggressiven“ Sera.** Sonderabdruck aus „Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt“. 23 Seiten. Berlin 1912. Verlag von Julius Springer.

Réthi, Zur Frage der Tonsillektomie. Mit 2 Figuren. Sonderabdruck aus Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Seite 609—614. Berlin und Wien 1912. Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Réthi, Zur Technik der Entfernung von Kehlkopfpolypen. Mit 1 Textfigur. Sonderabdruck aus dem Archiv für Laryngologie und Rhinologie. 3 Seiten. Berlin 1912. Verlag von August Hirschwald.

Rohr, Das Auge und die Brille. Aus Natur und Geisteswelt, Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen. 100 Seiten. Preis ℳ 1,25. Leipzig 1912. Verlag von Teubner.

Krause und **Garrè, Lehrbuch der Therapie innerer Krankheiten.** Band 1 u. 2, Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1911. Band 1 = 758 Seiten, Band 2 = 712 Seiten.

Die Herausgeber haben sich durch das vorliegende Buch ein sehr großes Verdienst erworben, was hoffentlich seitens der praktischen Ärzte darin seine Belohnung findet, daß das Buch auch fleißig benutzt wird.

Die beim Durchlesen der Liste der Mitarbeiter, welche lauter bekannte Namen enthält, hochgespannten Erwartungen, werden bei der Lektüre des Werkes in keiner Weise getäuscht.

Das Lehrbuch gibt eine vorzügliche Ergänzung zu den gebräuchlichen klinischen Lehrbüchern, in denen, wie es in der Natur der Sache liegt, die Therapie immer nur kürzer behandelt werden kann.

In ganz besonders vorzüglicher Weise gibt der allgemeine Teil — Band 1 — den jetzigen Stand unserer Wissenschaft auf allen Gebieten wieder. Der zweite Teil, in welchem die einzelnen Krankheitszustände geschildert sind, mußte mit Rücksicht auf den Umfang des Buches etwas mehr kursorisch gehalten werden, doch gewinnen wir durch seine Lektüre in den allermeisten Fällen ein genügend klares Bild über den einzuschlagenden Weg der Therapie.

Weitere Orientierungen sind überdies durch die am Schlusse jedes Kapitels angeführten Literaturangaben erleichtert. R.

Notizen.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.

30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.
Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 37.	Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin.	12. Sept.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Ueber Diagnose und Therapie des einheimischen Leberabszesses.[1])

Von Prof. **F. Voelcker**, Heidelberg.

Leberabszesse gehören bei uns in Deutschland im allgemeinen zu den Seltenheiten.

Sehr viel häufiger kommen sie in tropischen Ländern vor. Dort führen sie sich im wesentlichen auf Dysenterie zurück. Auch an der Küste des Mittelmeeres und in Südrußland werden Leberabszesse häufig beobachtet. Aus den Hafenkrankenhäusern von Marseille und aus den südrussischen Petroleumdistrikten wurden größere Statistiken über Pathologie und Therapie der Leberabszesse veröffentlicht. Auch hier wird als Hauptursache des Leberabszesses die Dysenterie angegeben. Okinschewitsch berichtet über 72 Fälle von Leberabszeß bei Naphthaarbeitern. Bei fast allen war eine Dysenterie als primäre Erkrankung nachweisbar und umgekehrt fanden sich Leberabszesse bei 40% der an Dysenterie Verstorbenen.

Die dysenterischen Formen des Leberabszesses kommen bei uns in Deutschland weit seltener vor und überwiegen infolgedessen nicht so sehr. Hier spielen andere Ursachen eine Rolle.

Am häufigsten entstehen die einheimischen Leber-Abszesse nach Entzündungen im Pfortadergebiet, so z. B. nach appendizitischen Eiterungen. Wichtig ist auch der typhöse Leberabszeß. Nach größeren Zusammenstellungen kommen auf ungefähr 1000 Typhuskranke 6 Leberabszesse (Melchior).

Auch die Cholelithiasis führt gelegentlich zu Leberabszessen. Es handelt sich dabei im wesentlichen um 2 Formen: 1. um multiple kleinere Leberabszesse, welche auf der Basis einer Cholangoitis entstehen und 2. um Abszesse, welche auf direkte Kontaktinfektion, resp. lymphangoitische Verbreitung der Entzündung zurückzuführen sind. So kann ein Gallenblasenempyem in die Lebersubstanz einbrechen, oder es kann ein Abszeß der Gallenblasenwandung zum Ausgangspunkt der Lebereiterung werden. Auch Durchbruch von Gallensteinen in die Lebersubstanz wurde beobachtet.

In ähnlicher Weise können Geschwüre des Magens oder des Duodenum durch direkte Propagation zu erheblichen Zerstörungen der anliegenden Leberpartie führen.

[1]) Vortrag auf dem mittelrheinischen Ärztetag in Heidelberg 1912.



Als Raritäten finden sich Leberabszesse beschrieben, welche durch Eindringen von Spulwürmern in die Gallengänge hervorgerufen sind. Ferner gibt es aktinomykotische, tuberkulöse, syphilitische Leberabszesse, und bis zu einem gewissen Grade darf auch der vereiterte Echinokokkus als Leberabszeß angesehen werden.

Die auf metastatischem Wege (z. B. nach Appendizitis, Typhus, Dysenterie) entstehenden Leberabszesse sind sehr häufig solitär und sitzen mit Vorliebe im rechten Leberlappen.

Der Verlauf der Leberabszesse ist sehr verschieden. Man kann akute, subakute und chronische Formen unterscheiden Die akuten Fälle zeichnen sich durch schwere toxische Symptome aus; sie verlaufen wie eine schwere septische Allgemeinerkrankung mit hohem Fieber, Schüttelfrösten, Somnolenz. Die lokalen Symptome treten meist nicht hervor. Selten besteht ein leichter Ikterus und auch die lokalen Schmerzen können fehlen.

Bei den subakuten Fällen kommt es zur allmählichen Ausbildung eines Abszesses, die septischen Erscheinungen fehlen. Sie bilden in den Tropen einen großen Prozentsatz der zur Beobachtung kommenden Fälle.

Herrick beobachtete am Panamakanal unter 47 Fällen 29 mal diese Form.

Die chronischen Leberabszesse finden sich ebenfalls am häufigsten in den Tropen oder führen sich wenigstens auf einen früheren Aufenthalt in den Tropen zurück. Ihr Verlauf erstreckt sich oft über viele Jahre. Israel gibt einen Fall bekannt, in dem ein Patient 7 Jahre, nachdem er von den Tropen zurückgekehrt war, sich wegen eines Leberabszesses behandeln und operieren lassen mußte.

Diese chronischen Leberabszesse brechen manchmal durch das Zwerchfell in die Lunge durch und erzeugen ein Krankheitsbild, das sehr leicht mit einer phthisischen Kaverne verwechselt werden kann. Das Röntgenbild kann in solchen Fällen auf die richtige Diagnose führen, indem man die Durchbruchstelle durch das Zwerchfell auffindet; dieselbe hat nach Regnault bei der Röntgendurchleuchtung die Form eines Kragenknopfes.

Die Diagnose des Leberabszesses ist auf alle Fälle eine schwierige. Besonders schwierig ist sie bei uns, weil der Arzt bei der Seltenheit der Erkrankung nicht leicht an sie denkt.

Wie gesagt, fehlen die lokalen Symptome häufig. Bei den perakuten Fällen geht der Druckschmerz in der septischen Somnolenz unter, bei den übrigen Formen fehlt der Druckschmerz und der spontane Schmerz. Der Schulterschmerz, der bei Leberverletzungen oft so charakteristisch ist, fehlt bei dem Leberabszeß meistens.

Die Lebervergrößerung ist nicht immer mit der wünschenswerten Sicherheit nachzuweisen, weil durch den begleitenden Meteorismus die Palpation erschwert ist. Auch die Perkussion ist dadurch erschwert. In meinem Falle hat die Perkussion die Diagnose wenigstens vermutungsweise ermöglicht. Ich konnte feststellen, daß rechts hinten unten eine Dämpfung bis zum Skapulawinkel heraufreichte. Besonders bezeichnend war der Umstand, daß man im Bereich dieser Dämpfung vesikuläres Atmen feststellen konnte. Damit schien bewiesen, daß die Ursache der Dämpfung in einer Hochdrängung des Zwerchfells lag; der aus den Allgemeinerscheinungen zu vermutende Abszeß mußte



also unterhalb des Zwerchfells liegen, er war entweder ein subphrenischer oder ein Leberabszeß.

Besonders schwierig ist die Diagnose zentraler Leberabszesse, weil dieselben sich der Palpation und Perkussion entziehen. Man hat diejenigen Leberabszesse, welche das Zwerchfell hochdrängen, also die Leber nach dem Thorax zu vergrößern, auch thorakale Leberabszesse genannt; die Formen, welche mehr gegen den Leberrand zu liegen und die Leber gegen das Abdomen zu vergrößern, abdominale Leberabszesse.

Das hochgedrängte Zwerchfell könnte auch durch Röntgenoskopie nachgewiesen werden, und man wird sich dieser Methode gelegentlich mit Vorteil bedienen. Bei vorhandenem Meteorismus wird allerdings der diagnostische Wert etwas vermindert, weil der Meteorismus an und für sich zum Zwerchfellhochstand führt. Der Vergleich zwischen rechts und links ist in solchen Fällen von Wichtigkeit.

Perihepatitische Reibegeräusche findet man gewöhnlich nicht. Wenn sie vorhanden sind, deuten sie mit ziemlicher Sicherheit auf eine intrahepatitische Entzündung, weisen aber auch auf die nahe bevorstehende Gefahr des Durchbruchs in die Bauchhöhle hin.

Über die Zulässigkeit der Probepunktion der Leber ist man sich nicht ganz einig. Einige raten direkt davon ab (Monlonguet, Herrick). Ohne Zweifel hat eine Leberpunktion die Gefahr einer Blutung und die Gefahr einer Infektion, indem Eiter aus dem Stichkanal aussickern kann. Andere Autoren halten die Probepunktion für ein sehr wichtiges, diagnostisches Hilfsmittel. Okinschewitsch gibt an, er habe in 42 Fällen immer ohne Schaden den Leberabszeß punktiert. Nach meiner Ansicht ist die Probepunktion erlaubt, wenn man dünne Nadeln wählt und die Punktion erst auf dem Operationstisch vornimmt, so daß man im Falle eines positiven Befundes sofort die Inzision folgen lassen kann. Die Diagnose ist, wenigstens bei unsern einheimischen Leberabszessen, so unsicher, daß man sich kaum entschließen kann, eine Inzision zu machen, wenn man nicht mit der Punktionsnadel Eiter gefunden hat. Selbst wenn man von der Anwesenheit eines Leberabszesses aus irgend welchen Gründen fest überzeugt wäre, dürfte es beinahe unmöglich sein, die Stelle der Inzision richtig zu bestimmen. Bei der Größe des Organs könnte man sich weit weg von dem Abszeß verirren.

Der Vorschlag Monlonguets, man solle unter Vermeidung der Probepunktion in verdächtigen Fällen eine Probelaparotomie machen, man würde dann durch perihepatitische Verwachsungen auf die Stelle des Abszesses hingeführt, kann für die perakuten, zentral liegenden Abszesse nicht gelten, weil hier die Verwachsungen fehlen, ganz abgesehen davon, daß die Laparotomie für viele Fälle sehr schlechte Drainageverhältnisse schafft.

Die eventuellen Nachteile der Probepunktion werden bei vorsichtiger Handhabung durch die große Sicherheit ausgeglichen, welche sie unserem operativen Handeln verleiht. Ein gelegentliches Mißgeschick wird dadurch aufgewogen, daß die Probepunktion in zahlreichen Fällen anderen Menschen direkt das Leben rettet.

Der Fall, der mir Gelegenheit zu persönlichen Beobachtungen gab, ist folgender:

Im Februar 1912 wurde ich zu einer 33jährigen Patientin gerufen. Sie hatte vor einigen Jahren eine leichte Netzhautablösung an einem Auge, welche wieder vollständig



abheilte, war sonst aber ganz gesund gewesen. Vor fast 3 Wochen war sie mit einem heftigen Schüttelfrost erkrankt und lag seitdem schwer krank darnieder. In den ersten Tagen ihrer Erkrankung hatte sie Schmerzen in der rechten Seite, welche sich aber nach einigen Tagen wieder verloren. Ein zugezogener Consiliarius stellte die Diagnose auf Pyelitis, weil im Urin sich ziemlich reichlich Eiterzellen fanden, und hielt die Prognose für verhältnismässig günstig. Weil aber die Patientin unter dem andauernden Fieber sichtlich rasch verfiel und die Prognose sehr schlecht zu werden schien, riet der behandelnde Arzt auch noch einen Chirurgen zuzuziehen. Er hatte zu Anfang der Behandlung schon in der rechten Seite eine Dämpfung konstatiert und dort auch eine Druckschmerzhaftigkeit gefunden, welche allerdings mit zunehmender septischer Euphorie allmählich wieder verschwand.

Diesen Befund mußte ich bestätigen. Es fand sich eine Dämpfung, welche ungefähr vom rechten Schulterblattwinkel an nach abwärts reichte und welche so dicht war, daß man an ein Empyem hätte glauben können. Auffallend war aber, dass man im Bereich dieser Dämpfung feines vesikuläres Atemgeräusch dicht unter der Haut hörte. Die Lunge und Pleura war also frei, es handelte sich um eine Dämpfung, deren Ursache unterhalb des Zwerchfells liegen musste. Ich schwankte in meiner Diagnose zwischen einem Leberabszess und einem subphrenischen Abszeß.

Bei dem schweren Zustande der Patientin tat rasches Handeln not, wenn man sie überhaupt noch retten wollte. Ich ließ sie sofort in die Klinik transportieren, in der Absicht, mit einer Probepunktion den Eiter aufzusuchen und, wenn ich ihn fände, die Operation sofort anzuschließen.

Mit einer langen, dünnen Nadel punktierte ich im Bereiche der Dämpfung in verschiedenen Zwischenrippenräumen mehrmals, teils mehr vorne, teils mehr hinten, 4 mal ohne Erfolg. Erst beim fünften Male kam ich in der vorderen Axillarlinie zwischen fünfter und sechster Rippe in einer Tiefe von 10 cm auf Eiter und zwar stinkenden Eiter.

Damit war der Weg der Therapie klar vorgeschrieben. Nach der Lage der Punktionsnadel mußte ich vermuten, daß der Eiter im zentralen Teil der Leber lag. Eine andere Therapie als die breite operative Eröffnung existiert für die Leberabszesse nicht. Okinschewitsch gibt an, daß von 50 operierten Leberabszessen 30 (also 60 %) gerettet wurden, während 22 nicht Operierte sämtlich gestorben sind. Melchior berechnet für typhöse Leberabszesse ohne Operation 85 % Mortalität, mit Operation nur 17 %.

Herrick hat von 14 akut toxischen Leberabszessen, die beim Bau des Panamakanals beobachtet wurden, durch Operation 6 geheilt. Von 29 akuten Abszessen ohne toxische Erscheinungen wurden 28 geheilt; von 4 chronischen Fällen, welche zum Teil riesige Abszesse (bis 35 cm Durchmesser) aufwiesen, kamen 2 zur Genesung.

Als Operationsmethode kommt für die Leberabszesse entweder die transpleurale, oder die abdominale Inzision in Frage. Die erstere eignet sich für die thorakalen, die letztere für die abdominalen Formen des Leberabszesses. Für meinen Fall war also das transpleurale Vorgehen zu wählen.

In Lokalanästhesie legte ich mit einem bogenförmigen Schnitt die fünfte und sechste Rippe in der vorderen Axillarlinie frei und resezierte beide, je in einer Ausdehnung von ca. 4 cm. Durch die dünne Lamelle des hinteren Rippenperiostes sah man gerade den unteren Längenrand durchschimmern. Er bewegte sich mit jedem Atemzuge auf und ab. Es gelang unter Beachtung der Atemphasen die Lunge zu vermeiden und durch eine fortlaufende Hinterstichnaht die Pleura costalis mit der Pleura diaphragmatica in der Weise zu vernähen, daß ein rundlicher, von oben nach unten länglicher Bezirk luftdicht abgesteppt war. Innerhalb dieser Nahtlinie konnte ich dann die Brustwand nach Unterbindung der Arteria intercostalis durchtrennen und auch das Zwerchfell in der gleichen Schnittlinie inzidieren. Dadurch war ich in den subphrenischen Raum des Peritoneum gelangt. Dasselbe war ohne Verwachsung und ohne Exsudat. Die Oberfläche der Leber war ohne jede Auflagerung, von irgend welchen Verwachsungen war nichts zu sehen. Nun nähte ich den Rand des Zwerchfellschlitzes ringsum mit der Leberoberfläche zusammen, so daß ein wasserdichter Abschluß hergestellt war. Auf diese Weise konnte man die Leber inzidieren, der ausfließende Eiter konnte weder das Peritoneum, noch die Pleura infizieren.

Zur Inzision wählte ich den Thermokauter, um gegen eine Blutung möglichst ge-



sichert zu sein. Das glühende Instrument ließ sich leicht in die Leber einbohren, in einer Tiefe von ca. 5 cm ließ der Widerstand nach und Eiter quoll hervor. Als ich den Thermokauter zurückzog, und den Wundkanal stumpf erweiterte, stürzten mit großer Vehemenz ca. 400 ccm stinkenden Eiters aus der Leber hervor. Mit demselben entleerte sich ein hühnereigroßer, abgestorbener Fetzen von Lebersubstanz. Die Blutung war unbedeutend. Die Abszeßhöhle wurde ausgespült, mit einem dicken Glasdrain drainiert. Die Muskel- und Hautwunde blieb ohne jede Naht, wurde mit Gaze leicht ausgestopft.

Der Verlauf war günstig. In den ersten Tagen bestand noch Somnolenz und Verwirrtheit, das Fieber ging nach 2 Tagen fast auf die Norm zurück, allmählich kam der Appetit wieder. Der Urin war in den ersten Tagen an Menge gering, enthielt noch Eiweiß und Eiter, diese Beimischungen verloren sich allmählich, nach 14 Tagen war der Urin wieder vollständig normal. Die Sekretion aus der Wunde war in den ersten Tagen so stark, daß das Bett durchnäßt wurde. Es war eitriges Sekret mit Galle gemischt. Die Abszeßhöhle wurde jeden Tag mit Wasserstoffsuperoyxd ausgespült, dabei entleerten sich noch einige kleinere Lebersequester, nach 3 Wochen konnte die Patientin in häusliche Behandlung entlassen werden, nach 5 Wochen war die Wunde vollständig geheilt, das Allgemeinbefinden ausgezeichnet.

Die Ätiologie des Falles konnte leider nicht aufgeklärt werden. Die stinkende Beschaffenheit des Eiters spricht für eine Einschleppung der Entzündung auf dem Wege der Pfortader vom Darme her. Aber die Patientin hatte gar keine Erscheinungen von Appendizitis, von Dysenterie oder von Typhus; und auch nachträglich haben sich keine derartigen Erscheinungen gezeigt.

Literatur.

Monlonguet, Revue de chir. 1910 II/S. 1180.
Regnault, Revue de chir. 1910/II. S. 1180.
Herrick, Abszeß of the liver. Surgery, gyn., obst. 1910. Nov.
Gruet et Bressot, Zentralbl. für Chir. 1911. S. 671.
Melchior, Zentralbl. Grenzgeb. Med. u. Chir., Band 13, Nr. 5.
Okinschewitsch, Der dysenterische Leberabszeß. Petersburg 1910.
Israel, Latenter Leberabszeß. Zentralbl. Chir. 1911. S. 498.

Laboratorium und Leben.

Zeitgemässe Betrachtungen zusammengestellt von Dr. **Esch.**

Während die moderne Bakteriologie und mit ihr die offizielle Heilkunde noch vorherrschend dem anthropozentrischen Wahn huldigt, die gütige Mutter Natur halte für jede Infektionskrankheit „spezifische" Schutz- und Heilstoffe bereit, deren Auffindung und Herstellung die Aufgabe des fleissigen Laboratoriumsforschers bilde, gelangt inoffiziell immer mehr die Stimme derer zu Gehör und Geltung, die von diesen gekünstelten Mitteln nichts halten, sondern für Hebung und Verwertung der menschlichen Schutz- und Heil*kräfte* auf *natürlichem* Wege eintreten.

Im folgenden seien die Ansichten einiger dieser Autoren kurz zusammengestellt. Wir beginnen mit den Ausführungen von Hofrat *Wurm* über Tierhygiene aus „Aerztliche Miszellen" (Münch. med. Woch. 1912, Nr. 10).

Seit Dezennien, so führt *Wurm* aus, bin ich zur Einsicht gekommen, dass die menschliche Hygiene bei der Hygiene der Nutzpflanzen und der Haustiere beginnen müsse. Besonders erbarmungswürdig ist das Leben der Rinder. Namentlich, seit sich selbst die kleinsten Dörfer Hauswasserleitung eingerichtet haben, kommt das Vieh nicht einmal mehr bis zum Dorfbrunnen ins Freie. Die Kuh wird als eine *milchfabrizierende Maschine* behandelt, und



die Metzger kaufen oft bei den Bauern Mastochsen, die buchstäblich nicht gehen können, weil sie seit ihrer Geburt den Stall nicht verlassen haben. Woher soll da gesundes Fleisch, gesunde Milch kommen? Lehrt doch die Physiologie, dass sich gesundes Blut und also auch gesundes Körpergewebe nur bei Zutritt von reiner Luft, Licht und bei angemessener Bewegung, selbstverständlich bei rationeller Ernährung bilden können, lauter Dinge, die bei der Stallhaltung fehlen.

Die Erfolge der Jungviehweiden ergeben bekanntlich sehr erfreuliche Resultate. Es muss also, koste es, was es wolle, der Weidegang für das Vieh tunlichst wieder eingeführt und auch die Kühe sollten zu mässiger Arbeit verwendet werden; damit würde auch die Widerstandskraft gegen die Infektion mit Viehseuchen wesentlich vermehrt werden; vernichtet doch schon das Tageslicht auffallend rasch die ansteckenden Keime.

Bei freilebenden Zweihufern hat man noch niemals Maul- und Klauenseuche gefunden.

In diesem Zusammenhang ist ein Artikel von Dr. Jänel aus Nr. 3 des Arch. f. phys.-diät. Ther. von Interesse:

„Die zwangsweise Durchführung der Tuberkulinprophylaxe in unseren afrikanischen Kolonien hat nur Uebles gezeitigt, ja viele führen den Negeraufstand direkt darauf zurück. Die schwarzen Herdenbesitzer sahen, dass ihre tuberkulinierten Rinderherden in furchtbarer Weise zusammenschmolzen, während in den benachbarten englischen Kolonien die nicht Behandelten vortrefflich gediehen. Leider sind diese Erfahrungen damals völlig unbeachtet geblieben, man hat die Berichte darüber einfach totgeschwiegen, so dass es auch bei uns in Deutschland sehr lange gedauert hat, bis, entgegen den offiziellen Lobpreisungen des Tuberkulins, die Landwirte ihre schlechten Resultate mit diesem Mittel zur allgemeinen Kenntnis bringen konnten. Man könnte wahrlich an der Objektivität einer Wissenschaft irre werden, die die praktischen Ergebnisse verschwieg, weil sie den theoretischen Voraussetzungen und Laboratorimsversuchen widersprachen.

Zum Glück sind aber die Landwirte von jeder falschen Sentimentalität frei, weil die theoretischen Irrtümer sich am Geldbeutel so schwer bezahlt machen und so ist es gekommen, dass die landwirtschaftlichen Kammern das Verfahren nicht mehr empfehlen, ja die Seuchenschutzstelle für Schlesien z. B. perhorresziert jetzt sogar die diagnostische Anwendung des Tuberkulins."

„Wird für die menschliche Tuberkulose," so schliesst Jänel, „aus diesen unzweideutigen Erfahrungen die nötige Nutzanwendung gezogen werden?"

Gerade auf diesem Gebiet ist neuerdings Erfreuliches zu melden. Während es nämlich noch vor wenigen Jahren möglich war, dass Dr. Krämer-Böblingen die Behauptung aufstellte, ohne Tuberkulinbehandlung gäbe es überhaupt keine Tuberkuloseheilung (vergl. M. m. W., 1909, S. 3445) und dass Krause-Hannover die zwangsweise auszuführende Tuberkulindiagnostik und -behandlung der Neugeborenen nach Art des Impfzwanges forderte. (Ztschr. f. Stadthyg. 1909, Nr. 7) kann nunmehr der bekannte Heilstättenarzt und Tuberkulose-Schriftsteller Georg Liebe, Waldhof-Elgershausen darauf hin-



weisen (Arch. f. phys.-diät. Ther. 1912, Nr. 6), dass zwar in den offiziellen Reden und Artikeln meist Freunde und Anhänger des Tuberkulins auftraten, dass aber im zwanglosen Gespräche und Meinungsaustausch ein ganz anderes Bild zum Vorschein kommt. Sogar „offiziell" ist letzteres jüngst eingetreten und zwar in der Tuberkulindiskussion der Heilstättenärzte in Düsseldorf (vgl. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 6):

Junker (Kottbus) hält das Tuberkulin für ein Mittel von recht beschränkter Wirksamkeit. Seine Erfahrungen weichen erheblich von denen seines Vorgängers Bandelier ab. Eine eingehende Nachprüfung von dessen Statistik ergab, dass viele seiner Fälle der Kritik nicht standhalten. Ulrici, Schröder, Curschmann erklärten die Tuberkulindiagnostik [1]) für wertlos. Der Tuberkulintherapie stehen die Genannten in Uebereinstimmung mit Meissen auf Grund zahlreicher Beobachtungen skeptisch gegenüber. Ausser ihnen betonten noch Sobotta, Krause, Brecke, dass sie weder ambulant ausgeführt werden sollte, noch überhaupt für die Praxis empfohlen werden könne. „Die Frage der Heilwirkung des Tuberkulins bleibt ein Problem, weder Tierexperiment noch Statistik hat die spezifische Tuberkulinwirkung einwandfrei sichergestellt." (Ulrici, Stumpf, Med. Klin. 1910 und 1911).

Diesem gesunden Skeptizismus wissenschaftlicher Modetyrannei gegenüber hatten bereits früher F. Klemperer, A. Czerny, Rosenbach, Volland, Gläser, Rolly, Köhler etc. Ausdruck gegeben.

Schröder (Schömberg), vgl. Münch. med. Woch. 1909, Nr. 47, wies darauf hin, dass er von jeher die übliche Methode der Tuberkulinbehandlung, d. h. die Giftfestmachung der Behandelten, bekämpft habe. Es sei weder durch Tierversuche, noch durch pathologisch-anatomische Untersuchungen erwiesen, dass das Erstreben höherer giftfestmachender Dosen des Tuberkulins heilend auf tuberkulöse Prozesse wirkt. Die biologische Forschung habe sehr interessante Phänomene der Tuberkulinwirkung ermittelt, aber nicht beweisen können, dass Tuberkulinresistenz gleichbedeutend mit Resistenz gegen Tuberkulose sei. Die Statistik über hochimmunisierte Tuberkulöse beweise nicht, dass solche giftfest gemachte Kranke gründlicher ausheilen als nicht spezifisch Behandelte. Es mehren sich sogar die Beobachtungen, dass derartig giftunempfindlich gemachte Lungenkranke leichter zu schweren Rückfällen und Ausbreitung der Krankheit neigen, als nicht mit solchen Dosen Behandelte. Schröder konnte in drei Jahren 25 derartige Fälle beobachten. Er hält die Giftempfindlichkeit für ein nützliches Zeichen, das nicht gewaltsam beseitigt werden dürfe, das lehre der natürliche, unbeeinflusste Verlauf beim Menschen: Heilen doch von tuberkulinempfindlichen Infizierten 66 Proz. spontan. Als heilende Faktoren des Tuberkulins kommen nur die Erzeugung einer entzündlichen Hyperämie um den Krankheitsherd und Anregung

[1]) Sorgo (vgl. Kämmerer M. m. W. 1912, Nr. 2) fand, dass nicht nur Tuberkulin, sondern auch Diphtherie- und Dysenterietoxin auf der Haut des Tuberkulösen schärfere Reaktionen hervorruft als bei normalen Individuen. Er schliesst daraus, daß die Haut des Tuberkulösen nicht spezifisch sondern überhaupt in höherem Maße giftempfindlich sei als die normale.



der Antikörperbildung in Betracht. Diese erreicht man aber nur durch kleinste Tuberkulindosen (besser und ungefährlicher jedoch durch hygienisch-diätetische Massnahmen [Ref.]). Dluski (Beiträge z. Klin. d. Tbk. X, 1) beleuchtet das in der Tuberkulinliteratur herrschende Chaos, die zahlreichen Unklarheiten auf dem Gebiete der diagnostischen und therapeutischen Tuberkulinanwendung, die Willkürlichkeit in der Anwendung der zahlreichen verschiedenen Präparate und weist an der Hand der Statistik nach. dass die Tuberkulinbehandlung bessere Erfolge als die hygienisch-diätetische Therapie nicht erzielt.

Meissen (Ztschr. f. Tbk. X und XIII, 3) betont, dass die Tierversuche nichts darüber aussagen, ob das Tuberkulin auch bei natürlich entstandener Tuberkulose heilend wirke und ist mit Salus der Ansicht, dass man den Wunsch nach spezifischem und übertragbaren Schutz gegen Infektion als Tatsache vorweggenommen habe. „Die Tuberkulose sollte man nicht durch ein Mittel, sondern durch ein Verfahren zur Heilung zu bringen suchen. Die aktive Immunisierung wird wohl besser durch Hebung der Widerstandskraft mittels hygienisch-diätetischer Massnahmen als durch „spezifische Mittel“ erzielt, und Martius erklärte seinerzeit den Arzt in erster Linie für einen Wohltäter, dem es gelingt, das ihm anvertraute Menschenpflänzlein so zu ziehen, dass es zu einem lebensstarken Baume erwächst, der sich der Parasiten selbst erwehren kann.

Je mehr die in diesen Sinne wirkenden Bestrebungen in der offiziellen Heilkunde Verbreitung finden (vgl. z. B. die einschlägigen Arbeiten von Liebe, Winternitz, Pigger, Rollier [Sonnenlichtbehandlung], Hart-Schöneberg, v. Jaksch, Köhler, Hennig etc.), desto eher wird das von allen Einsichtigen erstrebte Ziel sich erreichen lassen, dass Schulmedizin und Naturheilkunde Eins werden, indem erstere „sich das Gute und mit Recht Volkstümliche dieser (als Reaktion gegen den Zeitgeist der Ueberexaktheit entstandenen, z. Z. aber noch stark gärenden) Bewegung zu eigen macht und so dem ärztlichen Stande echte Volkstümlichkeit zu gewinnen sucht.“ (Hueppe.)

Über Orgojod in der Therapie.

Von Dr. **Vorschulze, Leipzig.**

Als im Jahre 1812 der Salpetersieder Courtois das Jod entdeckte, konnte noch niemand die Entwicklungsfähigkeit des Jods für die medikamentöse Therapie voraussehen. Denn trotz der grossen Verbreitung des Jods in der Natur, bedarf es sehr empfindlicher Reaktionen, um seine Anwesenheit überhaupt festzustellen. Selbst im Meereswasser ist es nur in minimalen Mengen vorhanden, kommt hier aber nicht in freiem Zustande vor, sondern ist an Erdmetalle gebunden, aus denen es dann von Algen und Zoophyten assimiliert wird. Aus der Asche dieser Schwämme kann es ohne besondere Schwierigkeit hergestellt werden und in dieser organischen Form fand es zum ersten Male seine Verwendung in der Therapie. Später lernte man die anorgani chen Jodverbindungen kennen, unter denen Jodkalium und Jodnatrium noch jetzt therapeutisch die bekanntesten

sind. Doch stiess man bald auf Schwierigkeiten, insofern besonders der Gebrauch des Jodkalium nicht unerhebliche nachteilige Nebenwirkungen erkennen liess, wie z. B. Magenbeschwerden, Verdauungsstörungen, Herzpalpitationen und andere. Ferner war die zu schnelle Ausscheidung des Präparats einer intensiven Wirkung hinderlich. Das Streben der Chemiker war daher darauf gerichtet, das Jod von seiner metallischen oder metalloiden Verbindung unabhängig zu machen, es vielmehr mit Eiweissstoffen zu kombinieren und in dieser organischen und dem menschlichen Körper zuträglicheren Form in den Organismus einzuführen. Diesbezügliche Versuche wurden schon 1844 von Dyrog erwähnt und 1880 von Hoppe-Seyler und anderen Physiologen erfolgreich durchgeführt.

Unter den Eiweissderivaten waren es hauptsächlich die Peptone, mit denen man Jod zusammenbrachte. Die moderne Chemie hat schon eine ganze Reihe derartiger Jodverbindungen geschaffen, die teilweise aber den Fehler haben, einen zu niedrigen Jodgehalt zu besitzen. Nach den Peptonen war es wieder eine andere Eiweissverbindung, das Lecithin, welches wegen seines Phosphorgehaltes und seiner hieraus resultierenden günstigen Einwirkung in der Behandlung von Unterernährungszuständen neuerdings sehr geschätzt wird. Auch hier gelang es, eine Kombination von Lecithin und Jod berzustellen. Dieses Verdienst gebührt der Firma Blattmann & Co., Wädenswyl, Filiale Berlin C., welche ein hochprozentiges organisches Jodpräparat herstellt, nämlich das Orgojod (jodiertes Lecithalbumin), das einen Gehalt von 20 Proz. Jod besitzt, frei von den bekannten Schädlichkeiten des Jods ist, energisch wirkt und konstant resorbiert wird.

Im folgenden möge mir nun gestattet sein, einige Krankheitsfälle zu schildern, deren Therapie in der internen Darreichung von Orgojod bestand.

Fall 1, B. U., 22 jährige Arbeiterin, hat vor 3 Jahren Lues acquiriert. Ist sonst immer gesund gewesen. Zeigt an beiden Mundwinkeln linsengroße Exulzerationen, die teilweise mit lockerem Schorf bedeckt sind. Die Geschwüre haben bisher hartnäckig jeder lokalen Behandlung widerstanden, bis die Anamnese auf den eventl. Zusammenhang mit der früheren Syphilis hinzeigt. Die Therapie wird nun insofern geändert, als zu der lokalen Behandlung noch die allgemeine hinzutritt. Die Patientin hat nun 3 mal täglich 2 Orgojodpastillen zu nehmen. Das Präparat wird gut vertragen, und nach 10 tägiger Behandlung zeigen die Ulzera schon eine merkliche Tendenz zur Heilung. Der Geschwürsgrund hat sich gereinigt und ist schon teilweise mit kleinen Granulationen bedeckt. Nach 18 tägiger Behandlung sind die Geschwüre abgeheilt und durch weißlich-rötliche Narben ersetzt.

Fall 2, K. S., 30 jähriger Kellner, stammt aus tuberkulös belasteter Familie klagt seit einiger Zeit über Husten und Stechen auf der Brust und im Rücken. Die Untersuchung ergibt einen Lungenkatarrh II. Grades und eine exsudative Pleuritis. Die Behandlung besteht in Bettruhe, Prießnitzumschlägen und 3 mal täglich 2 Orgojodpastillen. Patient lobt das Medikament sehr, der Hustenreiz läßt nach, der Auswurf wird locker und die Atmung, die bisher sehr beschleunigt war, wird normaler. Nach 14 Tagen kann der Kranke das Bett wieder verlassen, der Lungenkatarrh ist zwar noch nicht ausgeheilt, doch ist die pleuritische Dämpfung fast ganz verschwunden. Da der Patient das Präparat gut verträgt, soll er es noch eine Zeitlang fortnehmen.

Fall 3, 40 jähriger Gastwirt, leidet seit ca. 4 Jahren an Lungenerweiterung, die häufig durch einen heftigen Bronchialkatarrh kompliziert ist. Patient ist sehr kurzatmig und hat unter heftigen Hustenstößen sehr zu leiden. Sein Gesicht ist zyanotisch verfärbt, sein Thorax „faßförmig" aufgetrieben und mit sehr engen Interkostalräumen versehen. Der Lungenschall ist hell mit erweiterten Lungengrenzen. Das Exspirium verlängert. An verschiedenen Stellen bronchitische Rasselgeräusche. Das rechte Herz hypertrophisch. Die Therapie bestand bisher in reichlichen Jodkaligaben, die Patient aber wegen Herzklopfen nicht mehr verträgt. Er bekommt daher 3 mal



täglich 2 Orgojodpastillen verordnet. Das Resultat ist vorzüglich. Der Husten wird locker und die Atmungsbeschwerden lassen ebenfalls nach. Die sonst so unangenehmen Herzbeklemmungen bleiben ganz aus. Auch von seiten des Magens und Darms werden keinerlei unangenehme Nebenwirkungen beobachtet.

Fall 4, A. B., 55 jährige Kaufmannsfrau, kränkelt schon etwa 8 Jahre. Patientin sieht sehr blaß aus und klagt über Kälte in den Extremitäten und heftige Schmerzen in der Herzgegend, die mit großer Beklemmung verbunden sind. Sie schläft wenig und hat auch geringen Appetit. Die Untersuchung ergibt eine ausgedehnte Sklerose der peripheren Gefäße, einen kleinen und unregelmäßigen Puls, außerdem ausgeprägte neurasthenische Symptome. Patientin hat früher bei schweren stenokardischen Anfällen Morphiuminjektionen bekommen, die aber immer heftige Kopfschmerzen im Gefolge hatten. Beim letzten Anfall verordne ich ihr 3 mal täglich 2 Orgojodpastillen und einige Senfpflaster auf Brust und Rücken. Diese Therapie schafft sofort eine bedeutende Erleichterung, so daß sich die Morphiumeinspritzungen nicht mehr nötig machen. Nach 2—3 Tagen wird die Orgojoddosis auf 3 mal täglich 1 Pastille reduziert und 3 Wochen lang fortgesetzt. Die Atembeklemmungen treten nur noch schwach auf, Patientin schläft jetzt auch besser und hat mehr Appetit. An den Gefäßverkalkungen ist zwar keine merkliche Änderung zu konstatieren, doch haben sich die neurasthenischen Beschwerden erheblich gebessert.

Fall 5, E. A., 42 jähriger Beamter, hat schon seit mehreren Jahren unter Gichtanfällen zu leiden. Gewöhnlich ist es das Grundgelenk der rechten großen Zehe, welches plötzlich unter heftigen Schmerzen und Rötung anschwillt. Bei der letzten Attaque verordne ich dem Patienten neben Bettruhe, knapper Diät und Einpackung des kranken Gelenkes in Watte 3 mal täglich 1—2 Orgojodpastillen. Die akuten Erscheinungen lassen bald nach, die Röte und Schmerzhaftigkeit des Gelenkes verschwinden. Nach 5 Tagen kann Patient schon wieder auftreten. Er hat das Medikament gut vertragen und ist mit dem schnellen Verlauf der Krankheit, die ihn sonst gewöhnlich 10—12 Tage an das Bett fesselte, sehr zufrieden.

Fall 6, L. M., 30 jähriger Brauereiarbeiter, hat seit seinem 20. Lebensjahr an chronischem Gelenkrheumatismus gelitten. Zurzeit sind das Hand- und Kniegelenk mäßig geschwollen, so daß Patient noch leichte Arbeiten verrichten kann. Die Schmerzen sind mäßig. Der Kranke hat früher immer Aspirin genommen, er behauptet aber, daß sein Magen es jetzt nicht mehr vertrage. Ich verordne ihm milde Massage mit Chloroformöl und 3 mal täglich 2 Orgojodpastillen. Nach 8 Tagen stellt sich Patient wieder vor. Die Schwellungen sind zurückgegangen, die Gelenke sind aktiv wie passiv wieder normal beweglich. Irgendwelche Magenbeschwerden hat der Kranke von dem neuen Präparat nicht verspürt.

Fall 7, A. Z., 60 jähriger Schlosser, leidet seit 10 Jahren an bronchialem Asthma. Die Anfälle treten alle 3—4 Wochen auf und dauern gewöhnlich 1—2 Tage. Während des Anfalles ist die Atmung sehr angestrengt, die unteren Lungengrenzen stehen tief, die Perkussion ergibt den typischen „Schachtelton", der Auswurf ist sehr zähe und wenig ausgiebig. Der Patient ist sonst gesund, auch die Inspektion der Nasenhöhlen ergibt nichts Pathologisches. Der Kranke hat bisher die Anfälle mit fol. Stramonii und Kal. nitricum zu koupieren gesucht. Doch war der Erfolg immer nur mäßig. Beim letzten Anfall verordne ich 3 mal täglich 2 Orgojodpastillen nebst heißen Fußbädern. Schon nach 3 Stunden beobachtet der Kranke ein bedeutendes Nachlassen der Dyspnoe, die am anderrnMorgen völlig geschwunden ist. Die Expektoration ergibt ein lockeres und flüssiges Sekret.

Fall 8, M. R., Agent, 50 Jahre alt, kommt wegen Geschwürsbildung am linken Unterschenkel in ärztliche Behandlung. Die Untersuchung stellt 2 ulzerierte Gummata an der Vorderfläche des rechten Schienbeins fest. Die Geschwürsränder zeigen typische Nierenform. Der Grund ist mit schmutzig-grauem Detritus belegt. Patient hat vor 5 Jahren eine Initialsklerose akquiriert, deren verhärtete flache Narbe noch deutlich auf der Dorsalfläche der Glans penis sichtbar ist. Der Kranke hat schon eine Quecksilberkur durchgemacht, die er aber aus geschäftlichen Rücksichten nicht lege artis zu Ende führen konnte. Die jetzige Behandlung besteht in gründlicher Reinigung der Geschwüre, Anlegen von essigsaurer Tonerde-Verbänden und in Orgojodgaben, 3 mal täglich 2 Pastillen. Das Präparat wird ohne Störung der Magen-Darmfunktion gut vertragen, und schon nach 4 wöchentlicher Behandlung ist ein schönes Resultat sichtbar. Von den Geschwüren ist eins völlig abgeheilt und durch eine rötliche Narbe ersetzt, das andere zeigt ebenfalls energische Tendenz zur Granulation.

Fall 9, E. F., 6 jähriges skrofulöses Mädchen, stammt aus tuberkulöser Familie, leidet an chronischem Schnupfen und Ausschlag an Ohr und Nase. Aussehen blaß und schwächlich, starke Drüsenpakete am Hals. Therapie: Roborierende Kost, 2 mal wöchentlich Soolbäder und 2 mal täglich 1—2 Orgojodpastillen. Das Kind verträgt



das Medikament sehr gut. Keine Jodismuserscheinungen. Nach 5 wöchentlicher Behandlung hat das Körpergewicht ca. 6 Pfd. zugenommen. Die Mutter sagt, daß der Appetit sich außerordentlich gehoben habe, ihre Tochter schlafe jetzt auch besser und sei auch frischer und aufgeweckter. Das Exanthem an Nase und Ohr ist verschwunden, ebenso sind die Drüsenschwellungen am Hals bedeutend zurückgegangen. Das Präparat soll weiter genommen werden.

Fall 10. M. N., 60 jähriger Markthelfer, leidet schon seit 15 Jahren an chronischer Bronchitis. Die Sekretion ist sehr spärlich, der Auswurf von zäh-schleimiger Konsistenz, über den ganzen Thorax hin sind trockene und zähe Ronchi zu hören. Patient bekommt neben der üblichen Therapie 3 mal täglich 2 Orgojodpastillen. Das Präparat schlägt gut an, unangenehme Nebenerscheinungen kommen nicht zur Beobachtung. Der Patient ist sehr zufrieden, daß der Auswurf jetzt reichlich und dünnflüssig wird. Nach 5 wöchentlicher Behandlung sind nur noch geringe Residuen des Katarrhs vorhanden.

Wenn zum Schluss auch zugegeben werden muss, dass die Frage der spezifischen Jodwirkung bisher noch nicht gelöst ist, wenn ferner bei der komplizierten Struktur des Lecithalbumins die Erklärung seines physiologischen Einflusses auf ausserordentliche Schwierigkeiten stösst, so kann der Empiriker doch nicht ohne weiteres an den Tatsachen vorübergehen, die für die vorzüglichen Wirkungen des Orgojods sprechen. Seine vielfache Anwendungsmöglichkeit bei Lues, Arteriosklerose, Emphysem, Asthma, Exsudaten, Gicht, chron. Gelenkrheumatismus, Skrofulose und andere homogenen Erkrankungen unterliegt keinen Zweifel und wird durch die Versuche sicher gestellt. Seine Vorzüge beruhen neben der erprobten und bekannten Jodwirkung auf der Wirkung des Lecithalbumins, welches den Ernährungszustand hebt und den Appetit anregt. Es hat ferner den Vorteil vor anderen Jodpräparaten voraus, die Schleimhaut des Magendarmtraktus nicht zu reizen und auch die Nieren unbehelligt zu lassen. Auch seine Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse müssen sehr günstige sein, wenn es gestattet ist, die Ursache nach der prompten und intensiven Wirkung zu beurteilen. Jedenfalls dürfte das Präparat, wenn man noch einen praktischen Gesichtspunkt hinzufügen will, nämlich seinen relativ niedrigen Preis von Mk. 2,00 pro Röhre á 20 Tbl. geeignet sein, das Interesse der Therapeuten in Anspruch zu nehmen.

Autoreferate und Mitteilungen aus der Praxis.

Die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Pulswellen in gesunden und krankhaft veränderten Gefäßen.

Von E. Münzer, Prag.

(Nach einem im Verein deutscher Ärzte in Prag am 14. Juni 1912 gehaltenen Vortrage.)

Die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Pulswelle wird bestimmt durch die gleichzeitige Aufnahme der Pulse an zwei vom Herzen verschieden weit entfernten Stellen. Aus der zwischen den Aufnahmestellen vorhandenen Wegdifferenz (s) und der zwischen dem Beginn der Pulswellen vorhandenen Zeitdifferenz (t) berechnet man die Fortpflanzungsgeschwindigkeit nach der Formel $c = s/t$.

Mit Rücksicht auf die außerordentliche Geschwindigkeit der Pulswelle war die Feststellung von Änderungen dieser Geschwindigkeit,



worauf schon E. H. Weber aufmerksam machte, außerordentlich schwierig und verlangte eine besonders exakte Methodik.

Dieser Forderung dürfte die vom Vortragenden getroffene Einrichtung genügen; Münzer nimmt die Pulswelle aus der von ihm modifizierten schmalen Riva Rocci'schen Manschette auf mittels Einschaltung eines Erlangerballons; die zur Aufnahme der Pulswellen und zur Pulsschreibung dienenden Teile sind an beiden Stellen vollkommen gleich. Der Manschettendruck, unter welchem die Pulswelle aufgefangen wird, ist an beiden Stellen identisch, der sogenannte minimale Blutdruck. Manschettenwechsel läßt die in den übertragenden Teilen gelegenen Fehlerquellen leicht feststellen.

Bei Untersuchung der Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Pulswellen an gesunden Menschen fand Münzer für c Werte von 9—12 m in der Sekunde; diese Angaben stimmen mit den bisher darüber bekannten ziemlich genau überein.

Die Untersuchung der Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Pulswellen bei krankhafter Veränderung des Blutes und der Blutgefäße ergab, daß weitgehende Blutarmut und Blutvermehrung, ebenso wie Klappenfehler keine nennenswerte Veränderung von c herbeiführen.

In einem Falle von Aorteninsuffizienz wurde ebenso wie in einem Falle von hypotonischer Bradykardie auffallende Verlangsamung der Fortpflanzungsgeschwindigkeit festgestellt.

Die Sklerose der großen Gefäße kann den verschiedensten Einfluß auf die Fortpflanzungsgeschwindigkeit ausüben und werden hierfür drei Beispiele gebracht. In dem einen Falle erscheint die Fortpflanzungsgeschwindigkeit normal, im zweiten vermindert und im dritten deutlich erhöht.

Alle Kranken mit allgemeiner Sklerose der Gefäße, welche charakterisiert ist durch andauernd hohen Blutdruck und entsprechender Herzvergrößerung, zeigten eine wesentliche Erhöhung der Fortpflanzungsgeschwindigkeit, welche Werte von 15—23 m in der Sekunde erreichte.

Das von Thomas Young im Jahre 1808 festgelegte Gesetz der Fortpflanzungsgeschwindigkeit, welchem Hoorweg die mathematische Formel gab:

$$c = \tfrac{1}{2}\sqrt{2g\,\frac{E\,d}{r\,\varrho}},$$

lehrt, daß die Fortpflanzungsgeschwindigkeit im wesentlichen abhängt vom Elastizitätsmodulus E, da d, r und ϱ nur geringe Schwankungen aufweisen.

Die von Münzer gefundenen schon mitgeteilten Verhältnisse stehen mit dem Gesetze von Young in schöner Übereinstimmung. Nicht die Höhe des Blutdruckes an sich, sondern die Starre der Gefäße ist wesentlich maßgebend für die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Pulswelle.

Bezüglich der direkten Erhebung ist folgendes zu bemerken:

Die Rückstoßwelle wird von der Mehrzahl der Untersucher als Klappenwelle, bedingt durch den Schluß der Aortenklappen, aufgefaßt. Diese aber soll nach den Untersuchungen Mareys, Grasheys, Hoorwegs und Kürthles an allen Teilen des Gefäßsystems die gleiche Verzögerung besitzen, die Geschwindigkeit der-



selben soll mit jener der primären Welle gleich sein. Dieser Annahme widersprechen aber alle von Münzer gemachten Sphygmogramme, nach welchen der Abstand der Fußpunkte der primären und sekundären Wellen im Pulsbilde des Oberarms kleiner ist als an der Wade; das heißt, die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der sekundären Welle erscheint nach den Untersuchungen Münzers wesentlich geringer als in der primären und schwankt zwischen 4—10 m. Ähnliche Feststellungen rühren bereits von Landois, v. Kries und Edgren her. Es wird Sache weiterer Studien sein müssen, den hier bestehenden Widerspruch zu deuten.

Ueber Vorhof-Flimmern bei Kammerautomatie.

Von E. **Münzer.**

Demonstration im Verein deutscher Ärzte in Prag am 14. Juni 1912.

Im letzten Jahre beobachtete Münzer eine kranke, 56 jährige Frau R., welche eine Pulsfrequenz von nur 36—45 Pulsen in der Minute aufwies und an jenen Schwächezuständen und Hinfälligkeit litt, wie sie bei Kranken beobachtet werden, die Kammerautomatie zeigen.

Die anfangs aufgenommenen Sphygmogramme und Phlebogramme, sowie das durch Herrn Professor Kahn aufgenommene Elektrokardiogramm zeigten so auffallende Erscheinungen, daß die Autoren mit der endgültigen Diagnose zögerten, bis innerhalb eines Jahres wiederholt durchgeführte Untersuchungen die gleichen Erfolge zeigten und so die Diagnose sicherten: einer Kammerautomatie und gleichzeitig bestehenden Vorhofflimmerns.

An den Venenpulsen fehlt vollkommen die a-Welle und sieht man nur die c- und v-Wellen, dagegen zeigt die Kurve in der Strecke von v zum nächsten c-Zacken jene eigentümlichen Schwankungen, wie sie auch Rihl in seinen Venenpulsbildern bei experimentell erzeugtem Vorhofflimmern feststellte.

Die Elektrokardiogramme zeigten vollkommenes Fehlen der P-Zacken und starke Oscillationen der Kurve zwischen den R-Zacken, also ein Verhalten, wie es nach Rothberger und Winterberg einerseits, Lewis andererseits für Vorhofflimmern charakteristisch ist.

Die künstliche Darstellung melaninartiger Pigmente

Von Dr. **Oskar Adler**-Prag.

(Vortrag gehalten in der Wissenschaftlichen Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen am 21. Juni 1912.)

Vor einiger Zeit habe ich eine Reaktion beschrieben (Zeitschr. f. Krebsforschung Bd. XI, Heft 1,) mit Hilfe deren es gelingt, melaninartige Pigmente ohne Zuhilfenahme von Fermenten durch oxydierende Agentien in vitro darzustellen. Als Ausgangsprodukte für diese Reaktion wurden die Bausteine des Eiweißes, die Aminosäuren gewählt. Es deuten schon mehrfache Beobachtungen früherer Autoren darauf hin, daß diesen intermediären Stoffwechselprodukten bei der Entstehung der Pigmente eine wichtige Rolle zukommt.

Ich habe nun neuerdings eine zweite Reaktion gefunden, mit der wir Stoffe der Melaninreihe in noch viel einfacherer und sinnfälliger



Weise darstellen können, derart, daß der Reaktionsverlauf sich direkt als Vorlesungsversuch demonstrieren läßt.

1 g Tyrosin werden in 55 cc Wasser suspendiert; die Suspension wird auf 90° erwärmt, sodann 15 cc 3 Proz. Wasserstoffsuperoxyd und hierauf 0,5 cc einer 1 proz. Lösung von Ferrosulfat zugesetzt.

Die Bildung des dunklen Pigmentes aus Tyrosin geht hierbei in sehr kurzer Zeit vor sich.

Auf diese Weise gelingt es leicht, aus dem Tyrosin, ferner aus dem Tryptophan, den Phenylalaninen und anderen Spaltprodukten des Eiweißes dunkle Pigmente zu erhalten, welche mit den natürlichen Melaninen speziell dem Harnmelanin große Ähnlichkeit haben. Die so erhaltenen Pigmente wurden je nach ihrer Abkunft als Tyrosinschwarz, Tryptophanschwarz usw. bezeichnet.

Die Reaktion gibt, wie sich gezeigt hat, nur mit den aromatischen Aminosäuren ein positives Resultat, also mit Stoffen, die schon ihrer Struktur nach leicht zur Farbstoffbildung neigen; dagegen entsteht kein Pigment aus den aliphatischen Aminosäuren, dem Glykokoll, Alanin u. a.

Mit Rücksicht darauf, daß jeder einzelnen pigmentfähigen Aminosäure ein Pigment von besonderem Bau zukommen dürfte, würde es sich empfehlen, den Begriff „Melanin" als eines einheitlichen Körpers ganz fallen zu lassen und ihn für eine ganze Körperklasse zu gebrauchen etwa in dem Sinne wie man z. B. von Eiweißkörpern, von Kohlehydraten spricht.

Mit den neuen Stoffen sind nun vornehmlich zwei Aufgaben zu lösen: 1. Die Ermittelung der Konstitution und 2. die Untersuchung der Wirkung dieser Stoffe im Organismus.

Was den ersten Punkt betrifft, so soll darauf nicht weiter eingegangen werden, weil die entsprechenden Versuche erst im Gange sind. Nur soviel sei bemerkt, daß den künstlich dargestellten Melaninen der Charakter von Säuren zukommt und daß sie die Eigenschaften von Kolloiden besitzen. Wir gelangen auf diese Weise, von einfachen, kristallisierten Stoffen ausgehend, die leicht synthetisch aus den Elementen aufgebaut werden können, zu Stoffen von hohem Molekulargewicht.

Was den zweiten Punkt anlangt, die Wirkung im Organismus, so hat schon Elschnig beobachtet, daß das Chorioidealpigment toxische Wirkung auf den Tierkörper besitzt. Ähnliche Beobachtungen hat Rosenfeld mit den Melanoidinen Schmiedeberg's gemacht.

Es hat sich nun ergeben, daß auch unsere in vitro dargestellten Melanine bei den Versuchstieren (Mäuse, Ratten) in entsprechenden Dosen schwere Erscheinungen und selbst den Tod der Tiere herbeiführen.

Inwieweit die Giftwirkung der Melanine für die melanotischen Geschwülste in klinischer Hinsicht von Bedeutung ist, ist noch nicht entschieden.

Die Frage der Genese der Melanine aus anderen Ausgangsprodukten, so aus den Lipoiden Kreibichs, dem Adrenalin u. a. wurde nicht berührt, da auch in dieser Richtung Versuche angestellt werden sollen.



Die radiologische Untersuchung des Verdauungstraktus.

Von **W. Altschul,** (Wissenschaftliche Gesellschaft deutscher Ärzte in Prag, 28. Juni 1912.)

Die radiologische Untersuchung des Verdauungstraktus gehört heute zu den wichtigsten und zuverlässigsten Untersuchungsmethoden bei Erkrankungen des Verdauungstraktus.

An der deutschen chirurgischen Klinik in Prag (Vorstand Prof. Dr. H. Schloffer) wurden in der letzten Zeit 116 Fälle untersucht. Angewendet wurde die Riedersche Methode, wobei das einwandfreie Mercksche Bismutum carbonicum benutzt wurde. Vergiftungserscheinungen oder Röntgenschädigungen wurden nicht beobachtet. Die Untersuchung des Ösophagus wurde durch Schlucken von Wismutaufschwemmung und Wismutpasta in Fechterstellung vorgenommen; bei Dickdarmuntersuchungen wurde außer der Riederschen Methode auch ein rektaler Wismuteinlauf auf dem Schirme verfolgt.

Demonstration von 28 Röntgenbildern bei Ösophagus,- Magen- und Darmerkrankungen.

Die Röntgenuntersuchung ist besonders wichtig bei beginnenden Karzinomen, welche früher zu lange zuwartend behandelt wurden, bis es für den Chirurgen zu spät war.

Die Röntgenuntersuchung stellt überdies für den Patienten die angenehmste Untersuchungsart dar. Verbesserungsbedürftig wäre nur der nicht gerade angenehme Geschmack der Wismutmahlzeit. Versuche, die der Vortragende in dieser Richtung unternommen hat, haben bisher zu keinem Resultate geführt.

„Zur Röntgenphosphoreszenz."

Von **Bardachzi.** (Vortrag in der „Wissenschaftlichen Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen" am 21. Juni 1912.)

Die zahlreichen im Röntgenlichte aufleuchtenden Körper lassen sich in zwei Gruppen teilen: In solche, die nur während der Belichtung leuchten und andere, deren Leuchten die Röntgenbelichtung überdauert. Für Durchleuchtungsschirme eignen sich hauptsächlich der erstgenannten Gruppe angehörende Substanzen; zu ihnen gehört das Baryumplatinzyanür und der natürlich vorkommende Willemit.

Die Durchleuchtungsschirme, die mit Baryumplatinzyanür hergestellt sind, haben außer ihres hohen Preises den Nachteil der schwierigen Herstellung und einer großen Empfindlichkeit gegen außere Einflüsse; sie sind ferner ziemlich grobkörnig.

Willemitschirme können hauptsächlich wegen Verunreinigungen des Minerals nicht verwendet werden.

Vortragender hat nun bei gemeinsam mit Barm. Mr. Ameseder angestellten Untersuchungen gefunden, daß das Zinkwolframat im Röntgenlichte hell aufleuchtet, wenn es nach Zusatz von Spuren gewisser Stoffe (namentlich Thallium-, Thorium-, Cerium- und Wismutverbindungen) intensiv geglüht worden ist. Da diese neue Leuchtsubstanz in weißlicher Farbe leuchtet und nicht nachleuchtet, ferner ein sehr feines Korn hat, dürfte sie für Röntgendurchleuchtungen von Vorteil sein.



Diabeteserin.

Von Dr. med. **Gehrmann**-Saalfeld.

Nach den Statistiken greift der Diabetes in allen Kulturländern immer mehr um sich. Wenn diese Erscheinung auch zum Teil nur auf genauere Diagnosenstellung zurückzuführen ist, so bilden doch die Einflüsse der modernen Kultur eine wichtige Ursache für das Entstehen der Krankheit. Nach geistiger Ueberanstrengung, aber auch nach körperlicher Ueberarbeitung, Ueberstunden bei Arbeitern und Nachtarbeit hat man oft Diabetes sich entwickeln sehen. In der Mehrzahl der Fälle finden sich neben dem Diabetes noch Erkrankungserscheinungen des Zirkulationsapparates, vor allem die Arteriosklerose, die man direkt als eine Krankheit unserer Zeit, unseres heutigen Berufslebens, bezeichnet hat. Man ist sogar geneigt, die Arteriosklerose als eine Ursache des Diabetes anzusehen. Diese Annahme wird gestützt durch Beobachtung von Fällen, bei denen, sobald sich die Kreislauferscheinungen besserten, auch die Ausscheidung des Zuckers nachliess. Auf Grund dieser Erfahrungen hat Fränkel das Eserin zur Behandlung des Diabetes empfohlen. Indem dieses Mittel auf den Vagus, Sympathicus und das vasomotorische Zentrum anregend wirkt. Die normale oder doch verbesserte Zirkulation hat einen kräftigeren Konflux nach den Därmen zur Folge und entlastet so die Leber. Man ist dann zu einer kombinierten Behandlung übergegangen, indem man mit den Salzen des Trunececk'schen Serums die allerersten arteriosklerotischen Erscheinungen zu bekämpfen sucht und zweitens danach trachtet, den Vagus mittelst Eserin zu beeinflussen, um so eine stärkere Durchströmung der Leber herbeizuführen.

Als ein absolut zuverlässiges Präparat hat sich mir in meiner Praxis das Diabeteserin erwiesen, welches in Tablettenform in den Handel kommt.

Diabeteserin I ist eine Kombination mit den Salzen des Trunececk'schen Serums. Die Kaliumsalze wurden hierbei wegen ihrer Wirkung auf das Herz durch die entsprechenden Natronsalze ersetzt und das durch seine Verwandtschaft mit Lecithin und dessen günstige Wirkung auf das Nervensystem bekannte Calc. glycerin. phosph. zugesetzt. 2 Tabletten entsprechen 0,0006 g Eserin und dem Salzgehalt 150 cm^3 Blutserums.

Diabeteserin II besteht aus Diabeteserin I und einem Zusatz von 0,0115 Proz. (0,0001 g per 2 Tabletten) Atropin, um die tonisierende Wirkung auf den Vagus zu erhöhen.

Im folgenden will ich kurz über die mit Diabeteserin behandelten Fälle berichten:

1. Fall: B. F., 35 Jahre alt, Gastwirtsfrau, leidet schon 3 Jahre an Zuckerkrankheit. Ihre Beschwerden bestehen hauptsächlich in Kurzatmigkeit, Herzklopfen und Schwindelanfällen. Die Untersuchung ergab deutliche Arteriosklerose der peripheren Arterien, nsbesondere der radialis und brachialis und Arythmie des Pulses. Eine Verbreiterung des Herzens konnte wegen der starken Brustentwicklung nicht festgestellt werden. Urinmenge 4 l täglich, spezifisches Gewicht 1045, Zuckergehalt 4,5 Proz., leichte Eiweisstrübung. Nach 4 wöchentlichem Gebrauch der Diabeteserintabletten I, 3 mal täglich 4 Tabletten, sank der Zuckergehalt auf 1 Proz. herab; die Harnmenge betrug 2—2 ½ l, das spezifische Gewicht 1022. Nach weiteren 3 Wochen wurde der



Erfolg noch günstiger. Zuckergehalt 0,5 Proz., Harnmenge 2 l täglich, spezifisches Gewicht 1020. Kein Eiweiss. Während der ganzen Kur wurde der Patientin eine mässig strenge Zuckerdiät angeraten. —

Fall 2. Schlosser K. M. 47 Jahre, stammt aus gesunder Familie und ist bisher nicht ernstlich krank gewesen. Seit einem halben Jahre hat der Appetit nachgelassen, sein Körpergewicht ist geringer geworden. Wegen Schmerzen im rechten Bein, die in letzter Zeit immer heftiger geworden sind, sucht er den Arzt auf. Auf Befragen gibt Patient an, dass er beständig über Durstgefühl zu klagen hat und viel Flüssigkeiten zu sich nimmt, besonders auch des Nachts. Die Harnmenge beträgt 4—5 l täglich, spezifisches Gewicht 1043. Indikan und Azetonproben schwach positiv; Zuckergehalt 5,6—6, 8 Proz., kein Eiweiss, keine Nierenbestandteile.

Patient ist stark abgemagert, sieht schlecht aus. Deutliche Druckschmerzhaftigkeit des rechten Nervus ischiadicus an den typischen Druckpunkten. Verbreiterung des Herzens nach rechts und links. Sklerose und Schlängelung der peripheren Arterien. Patient nimmt nach Vorschrift 3 mal täglich 4 Diabeteserintabletten Nr. I Nach 3 Wochen ist das Befinden bedeutend günstiger. Das Durstgefühl plagt den Patienten nicht mehr so erheblich. Die Harnmenge ist auf 2 $^1/_2$—3 l täglich gesunken. Spezifisches Gewicht 1028 Zuckergehalt 2,5 Proz. Die ischiadischen Beschwerden waren inzwischen durch Bäder und elektrische Behandlung fast vollkommen geschwunden. Nach weiteren 4 Wochen ist der Zuckergehalt auf 0,5 Proz. gefallen, spezifisches Gewicht 1022, kein Eiweiss, kein Indikan. Patient fühlt sich jetzt bedeutend wohler; er hat im ganzen 6 Pfund zugenommen. —

3. Fall: H. M., Reisender, 52 Jahre. Vater an Schlaganfall gestorben. Patient hat früher sexuell sehr ausschweifend gelebt, hat auch viele Reisen ins Ausland unternommen. Er trinkt jetzt noch regelmässig 10—15 Glas Bier und raucht 5—8 schwere Zigarren täglich. Seit einigen Jahren leidet er an Anfällen von Angst und Herzklopfen, die anfangs nur alle 4 Wochen, in letzter Zeit sich täglich einstellen. Er ist hochgradig neurasthenisch, sehr reizbar, ermüdet leicht. Früher soll er vorübergehend an Zuckerkrankheit gelitten haben. Der Urin enthält Spuren von Eiweiss und Zucker in beträchtlicher Menge 5 bis 7 Proz. Die Untersuchung des Herzens ergab eine deutliche Vergrösserung besonders nach der linken Seite, Puls irregulär und arythmisch. Leberrand hart, 1 $^1/_2$ Querfinger unterhalb des Rippenbogens fühlbar. Irgendwelche Symptome einer überstandenen Syphilis waren nicht zu konstatieren, ebenso war die Wassermann'sche Reaktion negativ. Nach Gebrauch der Diabeteserintabletten durch 5 Wochen ergab die Harnuntersuchung bei nicht strenger diabetischer Diät einen Zuckergehalt von 1 Proz. Patient zog bald darauf fort und ist einem Schlaganfall erlegen, gerade als er seine neue Wohnung beziehen wollte. —

4. Fall: Frau G. S., 30 Jahre alt, ist seit mehreren Jahren zuckerkrank. Urinbefund: 4 Proz. Zucker, spezifisches Gewicht 1032, Harnmenge täglich ca. 1 l, kein Eiweiss. Patientin gebrauchte 3 Wochen hindurch die Diabeteserintabletten Nr. I, ohne dass ein nennenswerter Erfolg zu verzeichnen war. Auch die Diabeteserintabletten Nr. II, die mehrere Wochen hindurch verordnet wurden, waren auf die Zuckerausscheidung ohne Einfluss. —



Wenn das Diabeteserin auch kein Heilmittel gegen den Diabetes ist, so ersehen wir doch aus den oben angeführten Untersuchungen, dass der Zuckergehalt durch seine Anwendung herabgesetzt und das Körpergewicht vor Eiweisszerfall bewahrt wird. Das Präparat, das niemals irgendwelche Schädigungen verursachte, verdient in jedem Fall von Zuckerharnruhr versucht zu werden. Versagt das Mittel einmal, so müssen wir annehmen, dass es sich um organische Erkrankungen des Pankreas etc. handelt, wo die für das Diabeteserin aufgestellten Theorien nicht zu Recht bestehen.

Man gibt täglich 3 mal je 4 Tabletten. Sollten empfindliche Patienten nach der Einnahme der Tabletten über Uebelkeit sich beklagen, so wird dem dadurch leicht abgeholfen, dass vor Einnahme des Diabeteserin etwas genossen wird, die Tabletten selbst aber mit lauwarmer Flüssigkeit hinuntergeschluckt werden. (Etwas Kaffee, Milch, Tee, Suppe.)

Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie.

Cesa-Bianchi (Mailand), Action toxique des extraits organiques, et tachyphylaxie. (Revue de Médecine 1912, XXXII. Jahrg., Nr. 6, S. 469—500.)

Es sind mitunter merkwürdige Gedankengänge, welche die Hand der Experimental-Biologen führen. Da kam einmal einer auf den Einfall, wässerige Extrakte von Lungen und anderen Organen herzustellen und diese Extrakte dann den obligaten Versuchstieren intravenös zu applizieren. Andere nahmen diese Idee auf, natürlich mit anderen Resultaten, und so entstand eine Kontroverse, welche schließlich ihrerseits Selbstzweck wurde. Im augenblicklichen Stadium der Angelegenheit präzisiert der Assistent an der Mailänder Klinik für Berufskrankheiten das Ergebnis seiner Versuche dahin, daß wässerige Extrakte der Lungen, lymphatischen Organe und der Drüsen der inneren Sekretion so giftig sind, daß sie — intravenös eingespritzt — auch in kleinen Dosen sofort tödlich wirken. Extrakte der anderen Organe wirken nicht oder wenigstens erheblich weniger giftig.

Durch noch weitergehende Verminderung der Dosis, oder durch starke Verdünnung, oder durch ganz langsames Einspritzen kann man den tödlichen Effekt vermeiden, bezw. die Widerstandskraft des Versuchstieres so steigern, daß auch mehrfach tödliche Mengen spielend ertragen werden. Indessen hält diese Steigerung der Widerstandkraft nur ganz kurz, nur für Tage, an. Das wirksame Prinzip ist z. B. noch unbekannt.

Der Arzt, der im realen Leben steht, weiß mit solchen Experimenten wenig anzufangen. In der Geschichte seiner Wissenschaft blätternd wird er auf Joh. Barclai stoßen, welcher in seinem „Icon animorum oder gründliche Beschreibung menschlicher Gemütsverwirrung" im Jahre MDCXLIX schrieb: „An theil Orthen studieren sie nicht daß sie lernen, besondern daß sie lehren. Schreiben mehr Zeugs als sie gelesen. Suchen einen Namen sich durch große Volumina zu machen."

Vielleicht verweist einer auf die Ausblicke, welche derartige Versuche für die Weiterentwicklung unseres Wissens haben. Allein gegen solche Assignaten auf die Zukunft haben uns nachgerade die Erfahrungen der letzten Dezennien immun gemacht. Jednfalls empfiehlt es sich, dem Rate Popès zu folgen:



Be not the first by whom the new is tried,
Nor yet the last to lay the old aside.
(Sei nicht der erste, Neuem nachzujagen,
Noch auch der letzte, Altem zu entsagen.)

Buttersack-Berlin.

Bayeux, Raoul, Die Farben-Photographie im Dienst der Hämatologie. (Acad. des Sciences 1912, 3. Juni.)

Daß die Bergkrankheit und die verwandten Zustände von einem Mangel an Sauerstoff herrühren, ist allbekannt. Bayeux hat, um dies noch anschaulicher zu machen, der Académie des Sciences Farben-Photographien vorgelegt vom Blut von Kaninchen, welche z. T. ohne, z. T. mit Sauerstoffinjektionen (100 ccm pro die) 14 Tage auf dem Mont Blanc verweilt hatten. Das Blut der ersteren war schwarz, das der letzteren purpurn und unterschied sich koloristisch in nichts von dem Blut eines in Chamonix gehaltenen Tierchens. Buttersack-Berlin.

Bakteriologie und Serologie.

Pergola, M. (Rom), Weiteres über einen aus Wurstwaren isolierten tierpathogenen Keim. (Central. f. Bakt. Bd. 63, H. 2/3.)

In den verschiedenen Proben einer Wurstart fanden sich ausschließlich 2 Bakterien (Bac. mesentericus vulgatus und Proteus vulgaris). Dieses letztere Bakterium kann unter Umständen pathogene Eigenschaften aufweisen. Hier zeigt der Proteus sich pathogen für Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten, Mäuse und Katzen, auch zeigte er toxische Eigenschaften. Die toxischen Erscheinungen, die bei Personen auftreten, die das in Frage stehende Fleisch genossen hatten, sind höchstwahrscheinlich auf den aus diesem Fleische isolierten Proteus zurückzuführen. Schürmann.

Buschke, Ad. (Berlin), Die serodiagnostische Methode nach Wassermann (Neisser u. Bruck). (Aus: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2. Aufl., 1912, S. 682—690.)

Es gibt Leute, bei denen sich unter der Nachwirkung der wissenschaftlichen Echecs der letzten Jahre eine große Skepsis entwickelt hat, und bei denen — ähnlich wie die sog. Impedanz in der Elektro-Physik — diese Skepsis um so stärker wird, mit je größerem Aplomb eine neue Sache auf dem Markt erscheint. Solche Leute werden eine Unterstützung ihres Standpunktes in den Ausführungen von Buschke über den Wert der Wassermannschen Methode finden: Die Reaktion ist nur verwertbar, wenn sie von einem absolut zuverlässigen Autor ausgeführt ist, und nur bei kompletter Hemmung. — Die Reaktion für sich ist nicht ausschlaggebend, sondern unterstüzt nur klinische Erwägungen. — Ein negativer Wassermann ist bedeutungslos; ein positiver besagt, daß der betr. Patient Lues hat oder gehabt hat, ist mithin kein Beweis einer noch bestehenden floriden Lues und für ein eventuell bestehendes Organleiden deshalb nicht ohne weiteres verwertbar.

Man halte sich immer und immer in erster Linie an klinische Überlegungen und vergesse nie, daß die Reaktion in ihrem Wesen noch ganz unerforscht, in der Technik sehr heikel, von vielen Fehlerquellen umgeben, und für Syphilis nicht spezifisch ist. —

Im Jahre 1845 schrieb der große Kliniker C. A. Wunderlich: „Die Chemie hat sich seit wenigen Jahren vorgesetzt, tätig in die Streitfragen der Medizin einzugreifen; sie ist dabei angriffsweise verfahren und hat uns nicht nur ihre Tatsachen geboten, sondern auch ihre Ansichten aufdringen wollen. Jene zu prüfen, ist nicht die Sache des Arztes. Aber bezüglich der Anwendung der Tatsachen und der Theorien am Krankenbett sind die Ärzte die kompetenten Richter; hier haben wir zu beurteilen, ob die verkündeten Theorien den pathologischen Erscheinungen entsprechen."

Man erkennt leicht die Ähnlichkeit der Situation von damals und heute. Freuen wir uns, daß in Buschke u. a. Kliniker erstanden sind, welche



die Ärztewelt lehren, die Herrschaft am Krankenbett sich nicht von Laboratoriumskünsten aus der Hand winden zu lassen. Buttersack-Berlin.

Isabolinsky und Patzewitsch, B. (Smolensk), **Die infektiöse Bulbärparalyse.** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 4/5.)

Die Verfasser betrachten die Bulbärparalyse als eine akute Infektionskrankheit. Sie beobachteten bei subduraler Injektion typische Lähmungserscheinungen der Rücken- und Kaumuskulatur, bei subkutaner intravenöser und intramuskulärer Injektion prävaliert hauptsächlich das Jucken, allgemeine Schwäche und Intoxikation. In beiden Fällen tritt der Tod durch Lähmung des Respirationszentrums ein. Schürmann.

Schurupoff (Kronstadt), **Über die Empfänglichkeit der Ziesel (Spermophilus Guttatus) für die Bubonenpest.** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 4/5.)

Die Ziesel sind in hohem Grade empfänglich für eine experimentelle Infektion mit Bubonenpest. Es ist daher notwendig, in den von der Pest bedrohten Ortschaften sämtliche Nagetiere scharf zu beobachten, da dieselben eventuell Träger und Verbreiter der Pest sein könnten.

Schürmann.

Schurupoff (Kronstadt), **Über die Vitalitätsdauer des Pestbazillus in Leichen an der Pest Verstorbener.** (Centralbl. f. Bakter. Bd. 65, H. 4/5.)

Leichen an Pest Verstorbener enthalten sehr lange nicht nur lebensfähige, sondern auch virulente Pestbazillen. Infolgedessen müssen sämtliche Pestleichen verbrannt werden. Die Bubonenpest ist eine Erkrankung des lymphatischen Systems; die Entwicklung einer Pestpneumonie ist schließlich eine sekundäre und keine primäre Erscheinung. Zur Diagnostizierung eines faulenden pestverdächtigen Materials ist es notwendig, möglichst große Mengen des zu untersuchenden Materials zu nehmen und dasselbe in den Organismus der Tiere vermittelst Einreibens auf möglichst große Bezirke der gereizten Bauchhaut einzuführen. Schürmann.

Nitsche (Dresden), Verwendung kolloidaler Metalle an Stelle der Tusche bei Burri-Präparaten. (Centr. f. Bakt., Bd. 63, H. 7.)

N. verwendet Kollargol, das er in destilliertem Wasser löst und nach Belieben verdünnt. Der Untergrund soll in diesen Präparaten homogener sein, und die Bakterien schärfer wie in den Tuschepräparaten erscheinen. Z. B. soll die Spirochaeta pallida deutlicher und dicker erscheinen wie im Tuschepräparate. Die Kollargolpräparate sind nicht sehr lange haltbar.

Schürmann.

Ternuchi u. Hida (Tokio), **Beitrag zur bakteriologischen Choleradiagnostik.** (Centralbl. f. Bakter. Bd. 63, H. 7.)

Neue Versuche mit Kaseintrypsinpeptonwasser (4—5 %), in dem die Choleravibrionen äußerst schnell und üppig gedeihen sollen. Auch soll es sich als Zusatz zu Agar mit 1 % Sodagehalt bewähren und für eine rasche Isolierung des Vibrio aus choleraverdächtigen Stühlen oder zur Choleravibrionenanreicherung großen Wert besitzen, indem die hohe Alkalität die Entwicklung der anderen Darmbakterien vollständig hemmt.

Schürmann.

Miessner (Bromberg), Die Bedeutung der Agglutinations-Komplementbindungsmethode und Conjunktivalprobe für die Diagnose des Rotzes. (Centr. f. Bakt. Bd. 63, H. 4/6.)

Zusammenfassend ergibt sich aus den Untersuchungen des Verfassers, daß die Komplementbindungsmethode bei Diagnostizierung des Rotzes die besten Resultate geliefert hat insofern, als durch dieselbe kein gesundes Pferd der Rotzkrankheit verdächtigt und umgekehrt sämtliche Rotzpferde erkannt wurden. Mit der Agglutinationsmethode wurden 2,7 Prozent gesunder Pferde als rotzverdächtig bezeichnet, und andererseits gelang es nur 84,8 Prozent der rotzigen Pferde mit Hilfe der Agglutinationsmethode zu ermitteln. Die Konjunktivalprobe verhielt sich bezüglich der gesunden Pferde genau so wie die Komplementbindungsmethode. Von den untersuchten rotzkranken Pferden wurde bei 90 Proz. eine positive Konjunktivalreaktion festgestellt. Somit geht hieraus hervor, daß die Konjunktivalprobe der Agglutinationsmethode so-



wohl bezüglich der Ermittelung der rotzfreien als auch der rotzigen Pferde überlegen ist. Zur Sicherstellung der Diagnose eignet sich die kombinierte Anwendung der Agglutinations- und Komplementbindungsmethode vorzüglich.

Die Arbeit enthält viel interessante Einzelheiten, auf die einzugehen ein kurzes Referat nicht gestattet. Schürmann.

Shmamine (Tokio), **Über die Reinzüchtung der Spirochaeta pallida und der nadelförmigen Bakterien aus syphilitischem Material, mit besonderer Berücksichtigung der Reinkultur von Spirochaeta dentium und des Baz. fusiformis aus der Mundhöhle.** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 4/5.)

Der Titel der Arbeit besagt eigentlich alles. Die genaueren Angaben über Züchtung und Färbung, deren Auseinandersetzung mich hier zu weit führen würde, sind mitgeteilt. Gute Photogramme sind beigefügt.
Schürmann.

Haller u. Ungermann (Berlin), **Über die Empfänglichkeit der Ziege für die Infektion mit Typhusbazillen.** (Centr. f. Bakt. Bd. 63, H. 4—6.)

Diese Versuche sind eine Nachprüfung der Arbeit Scordos, der behauptete, daß es leicht und sicher gelingt, Ziegen zu Dauerausscheidern von Typhusbazillen zu machen. Die Ergebnisse dieser Versuche der Verfasser zeigten, daß es ihnen nicht gelungen ist, Typhusbazillen im Organismus der Ziege zum Haften zu bringen; auch konnten sie niemals eine Ausscheidung von Typhusbazillen feststellen. Schürmann.

Schreiber (Düsseldorf), **Ein neuer Bakterienschaber.** (Centr. f. Bakt. Bd. 93, H. 4—6.)

Ein von der Firma Hugershoff in Leipzig nach Angaben Schr.s hergestellter Bakterienschaber, der zur Vakzinebereitung, zu Untersuchungen über Toxine und Endotoxine, für Aggressin- und ähnliche Untersuchungen mit Vorteil zu verwenden sein soll. Schürmann.

Innere Medizin.

Fricker (Bern). **Zur Diagnose und Therapie der Mageninhalts-Stauung.** (Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte 1912/12.)

Eine Mageninhaltsstauung liegt vor, wenn der morgens nüchterne Magen nach 12stündiger Ruhepause noch makroskopisch wahrnehmbare Speisereste enthält.

Auch mikroskopisch darf man nach dieser Zeit in einem normalen Magen keine Sarzine oder Boas-Opplersche Bazillen in großer Zahl mehr finden. Ist dies selbst bei makroskopisch nicht wahrnehmbaren Speiseresten doch der Fall, so ist es ein absolut sicheres Zeichen einer Mageninhaltsstagnation. Ergibt nun in einem erbrochenen oder durch den Schlauch gewonnenen Mageninhalt die mikroskopische Untersuchung — und ohne diese ist eine Mageninhaltsprüfung nicht genau und vollständig; andererseits genügen dazu kleinste Mengen, z. B. am Sondenfenster — eine starke Anreicherung von Sarzine oder Boas-Oppler-Bazillen, so kann man mit Bestimmtheit sagen, daß entweder nur die Motilität oder Motilität und Chemismus (Boas-Opplersche Bazillen) gestört sind und zwar hochgradig. Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, daß durch die Mageninhaltsuntersuchung lediglich nur eine funktionelle Diagnose zu stellen ist, nie kann eine endgültige Diagnose, wie Ulcus, Karzinom hierdurch erlangt werden.

Technik: Abends Mahlzeit aus Suppe oder Milch, Fleisch und Reis. 12 Stunden später (am andern Morgen) Sondenexploration. Ergibt diese keinen Inhalt, dann Spülung und Untersuchung des Bodensatzes mikroskopisch auf Rückstände, Sarzine und Bazillen.

Wichtig ist, dem Magen eine an seine motorische Kraft erhöhte Anforderungen stellende Mahlzeit zu verabfolgen, sonst kann man gelegentlich am anderen Morgen ein negatives Resultat finden, trotz vorhandener Stenose. Deshalb hat auch die Praxis die Untersuchung der Abendmahlzeit am anderen Morgen als die günstigste ergeben.

An der Hand von 5 Fällen führt nun Verfasser aus, daß ohne irgendwelchen Anhaltspunkt für ein Ulkus in der Anamnese doch in wenigen Wochen



sich eine narbige Stenose entwickeln kann; daß eine ausgesprochene Mageninhaltsstauung durch längere Zeit fortgesetzte Spülungen immer wieder bis auf wenige ccm Flüssigkeit im morgens nüchternen Magen verschwinden kann und die Operation dann trotzdem eine hochgradige Narbenstenose klarlegt; daß die Motilität bei bestehender Narbenstenose sich sehr wechselnd verhalten kann. Hier gibt die Sarzine bei völlig fehlenden Speiseresten Aufschluß. Nach des Verfassers Erfahrungen pflegen bei einer Atonie und Descensio ventriculi ohne narbige oder adhäsive Prozesse Retentionserscheinungen zu fehlen, während beim akuten und subakuten Geschwür leichtere, beim penetrierenden Geschwür ausgesprochene Mageninhaltsstauung vorkommen.

Behandlung: bei vorübergehenden Zuständen und selbst bei geringgradigen, nicht malignen, chronischen Formen kann die interne Behandlung etwas erreichen; Dauererfolge erringt aber nur der Chirurg. Und nicht selten wird man bei klarer Diagnose und frühzeitiger Operation unter solchen Fällen ein Karzinom rechtzeitig in Angriff nehmen können.

v. Schnizer-Höxter.

Patel (Lyon), Ein Fremdkörper-Rekord im Magen. (Bullet. méd. 1912, Nr. 44, S. 554.)

In die chirurgische Klinik in Lyon wurde ein Mann mit Blutbrechen und heftigen Leibschmerzen eingeliefert. Der Oberbauch war meteoristisch aufgetrieben, der Unterbauch eingesunken. Bei der Laparotomie fand sich ein stark dilatierter Magen mit zahlreichen Fremdkörpern, und zwar waren es 535 Kieselsteine im Gewicht von 2500 g (24 Steine von 5 Frank-Stück-Größe, 114 mittelgroße, 397 kleine), Holzstücke im Gewicht von 300 g (14 sehr große, 290 mittelgroße), sowie ein eiserner Nagel. Gesamtgewicht 3100 g.

Der Mageninhalt war blutig-foetid. Am Tage nach der Operation starb der (Geistes-)Kranke. Buttersack-Berlin.

Michailow, W. N. (Kiew), Zur Frage der klinisch nachweisbaren Affektionen des Pankreas bei verschiedenen Erkrankungen der Leber. (Boas Arch. 1912, Bd. 18, H. 3.)

Verfasser hält das Fettfrühstück von Boldyrew für eine wertvolle klinische Methode, mit deren Hilfe wir das Vorhandensein von sekretorischer Funktion der Pankreas in jedem gegebenen Falle feststellen können; die Bestimmung des Grades der Funktionstätigkeit ist allerdings auch damit nicht möglich, und wir können nur eine bedeutende Herabsetzung der Sekretion feststellen. Unter 30 untersuchten Kranken konnte Verfasser bei 6, d. h. in 20 % der Fälle konstant kein Trypsin nachweisen; es handelte sich um 1 Fall von Achylie bei Tabes mit Fettdiarrhöen (wohl Pankreasatrophie), 1 Fall von Karzinom des Pankreaskopfes, 1 Fall von Leberkarzinom mit Pankreasmetastasen und 3 Fälle von stark ausgesprochener biliärer Zirrhose. Aber auch in anderen Fällen, besonders Leberfällen, gelang der Trypsinnachweis nicht immer gleich bei der ersten Untersuchung, so bei 3 weiteren Fällen von biliärer Zirrhose und vor allem bei 4 Fällen von katarrhalischem Ikterus. Dieser Befund spricht dafür, daß manche Fälle von katarrhalischem Ikterus im Zusammenhang stehen mit einer Pancreatitis catarrhalis. M. Kaufmann-Mannheim.

Roemheld, L. (Hornegg a. N.), Der gastro-kardiale Symptomenkomplex, eine besondere Form sog. Herzneurose. (Ztschr. f. physikal. u. diätet. Therapie 1912, XVI. Bd., S. 339/349.)

Vor kurzem ist in dieser Zeitschrift ein Aufsatz von Tecklenburg über die Wechselbeziehungen zwischen atonischem Darm und Zirkulation besprochen worden. Jn der gleichen Rictung bewegt sich die Arbeit von Roemheld. Er betont den Zusammenhang zwischen reizbarem Herzen, Cor mobile und chronischer Magenblase (bezw. abnormer Luftansammlung unterhalb der linken Zwerchfellhälfte). Die Pat. erscheinen dem Unkundigen als Neurastheniker. Der Wissende dagegen greift zum Röntgenschirm und demonstriert das nach dem Essen emporgehobene und abgeknickte Herz



als Folge der Magenanomalie. Therapie: angemessene Diät und hauptsächlich Respirationsübungen, medikamentös event. Validol oder Bornyval.

Buttersack-Berlin.

Baudouin, Marc., Die Arthritis deformans als älteste Krankheit. (Acad. des Sciènces 1912, 20. Mai.)

Bei Vendrest im Departement Seine-et-Marne hat Baudouin für die prähistorische Gesellschaft ein neolithisches Massengrab aufgedeckt und unter den ca. 100 Skeletten von Erwachsenen 15 mit chronisch-arthritischen Veränderungen an der Wirbelsäule gefunden. Er hält somit die Arthritis deformans für die älteste bekannte Krankheit und zieht als Analogie den großen Höhlenbären heran, dessen Wirbelknochen dieselbe Erkrankung zeigen.

Indessen dürften die Veränderungen an den Knochen kaum das Primäre gewesen sein, so daß einem scharfsinnigen Kopf die Möglichkeit bleibt, eine Diathese zu hypostasieren, auf Grund deren damals — beim Urmenschen und beim Höhlenbären — die Arthritis bezw. Spondylitis sich entwickelt hat. Viel gewagter als die augenblicklich herrschenden Hypothesen wäre ein solches Unterfangen wahrscheinlich nicht. Buttersack-Berlin.

Carton, La tuberculose par arthritisme. (Maloine éditeur. Paris 1912.)

Der Verfasser sucht den Arthritisme — zu verdeutschen etwa mit: gichtischer Diathese — als Ursache der Tuberkulose zu erweisen, und zwar stellt er sich den Zusammenhang so vor, daß der Arthritisme eine Säurevergiftung sei und dadurch einen Verlust des Organismus an Mineralsalzen nach sich ziehe. Auf solchem Boden entfalte der Kochsche Bazillus seine verderbliche Tätigkeit. Als therapeutische Konsequenzen ergibt sich daraus in erster Linie die Bekämpfung der Konstitution, und da sitzende, untätige Lebensweise in Verbindung mit Überernährung, namentlich mit Fleisch, Alkohol, Zucker und Fett die gichtische Diathese befördert, so lehnt Carton die Ruhe- und die Mastkur der Tuberkulösen als schädlich energisch ab, und fordert statt dessen Ernährung mit Früchten und Zerealien, Heliotherapie und Körperbewegung in frischer Luft. —

Der Schluß scheint mir ganz richtig zu sein, aber nicht ebenso die Prämissen. Buttersack-Berlin.

Schmitz (Köln), Bakteriologische Untersuchung eines Falles von Polymyositis acuta. (Centrbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 4/5.)

Die Polymyositis war in dem untersuchten Falle durch einen Staphylokokkenstamm hervorgerufen, der sich zwar durch sein morphologisches wie kulturelles Verhalten nicht von dem Staphyloc. pyogenes aureus abgrenzen läßt, aber eine experimentell nachgewiesene ausgesprochene Neigung zur Lokalisation in der Muskulatur, also eine spezifische Pathogenität für das Muskelgewebe hat. Schürmann.

Dardel, J. (Aix-les-Bains), Der gegenwärtige Stand der Organotherapie. (Practitioner Bd. 88, Nr. 6.)

Schilddrüsenpräparate werden jetzt in geringeren Dosen angewandt als früher, z. B. mit 0,02 anfangend bis zu 0,12, während 1,0 täglich schon als große Dosis gilt. Die sorgfältige Überwachung darf nicht außer acht gelassen werden, und so bald Tachykardie, Appetitverlust, Schlaflosigkeit oder Schweiße auftreten, muß die Medikation ausgesetzt werden, damit schwerere Symptome vermieden werden. Die Resultate sind gut beim sog. spontanen Myxödem der Erwachsenen, das besonders nach der Menopause oder gehäuften Geburten auftritt, und beim postoperativen Myxödem, weniger beim Myxödem der Kinder und beim Kretinismus. Nützlich erweisen sich Schilddrüsenpräparate bei Fettkindern, Akromegalie und Riesenwuchs, ja bei manchen Fällen von chronischem Rheumatismus und Ekzem.

Die Schilddrüsentherapie ist das Paradestück der Opotherapie, mit ihr verglichen ist alles übrige, so überzeugt Dardel davon spricht, zweifelhaft und unbedeutend. Nebennierenpräparate wirken bei manchen Fällen von Addisonscher Krankheit sehr günstig, versagen aber gewöhnlich; die Wirkung bei Blutungen ist angezweifelt.



Die Behandlung mit Leberpräparaten (wozu manche auch den Lebertran rechnen) soll sich bei Leberzirrhose durch Anregung der Diurese, die aber häufig ausbleibt, günstig erwiesen haben, und die Galle gilt als Cholagogum und wird bei katarrhalischem Ikterus und Gallensteinen gebraucht (schon vor ca. 80 Jahren war letztere Behandlung verbreitet, ist aber — wohl mit Recht — der Vergessenheit verfallen, Ref.).

Pankreaspräparate hat man bei Diabetes, aber mit zweifelhaften und in schwereren Fällen negativem Erfolg, bei Phthisikern angeblich mit gutem Erfolg verwandt; da man aber wohl nicht versäumt haben wird, sie auch sonst gut zu pflegen, so ist auf diese Resultate nicht viel zu geben.

Knochenmark sollte bekanntlich die Anämie heilen, und Nieren die Nierenkrankheiten, bei denen sie diuretisch wirken sollen; da aber jede Fleischmahlzeit diuretisch wirkt, so ist darauf nicht viel zu geben.

Von der Hodentherapie hält D. selbst nicht viel, dagegen glaubt er, daß man mit Ovarienpräparaten die Ausfallserscheinungen der Ovarien, die Amenorrhoë und Dysmenorrhoë bessern könne.

Auf sichererem Boden bewegt sich die Hypophysentherapie. Steigerung des Blutdrucks, Kontraktion der glatten Muskulatur scheint nachgewiesen zu sein, ferner Anregung der Diurese, Besserung der Akromegalie, des Infantilismus, des Zwergwuchses und der Fettsucht der Kinder.

Mit Recht betont D., daß die Organotherapie selten in der Lage ist, ein ausgefallenes Organ zu ersetzen, vielmehr meistens nur, einem mangelhaft arbeitenden Organ nachzuhelfen. Auch befürwortet er die Kombination mehrerer Organpräparate, da es nicht unwahrscheinlich ist, daß häufig mehrere innere Sekretionen mangelhaft sind. Hier kommt man freilich, wie Referent zufügen möchte, in ein sehr unsicheres Gebiet. Denn es ist zwar bekannt, daß die inneren Sekretionen aufeinander befördernd oder hemmend wirken, aber äußerst mangelhaft bekannt, in welchem Sinne sie das tun.

Fr. von den Velden.

Levi, Leopold und Wilborts (Paris), Hypophysis u. Haarwuchs. (Société de Biologie 1912, 18. Mai.)

Den beiden Ärzten wurde ein 27-jähriger Mann zugeführt mit beträchtlicher Fettsucht: er wog bei einer Größe von 1,72 m 202 Kilo (!). Seine Genitalien waren atropisch, Libido fehlte. Außer den Kopfhaaren und Augenlidern hatte er keine Haare. Trotzdem ein Hypophysistumor nicht nachweisbar war, rubrizierten ihn die Ärzte unter das Syndrome hypophysaire adiposo-génital und gaben ihm täglich 0,2—0,3 g Hypophysis-Pulver, was etwa 1,0—1,5 g frischer Organsubstanz entsprach. Auch wurde Testikelsubstanz verabfolgt. Nach 60tägiger Therapie begann ein allgemeines Hervorsprießen der Haare; es entwickelte sich ein Bart wie bei einem Jüngling von 20 Jahren. —

Ob sich auch sonst noch Veränderungen in seiner Konstitution entwickelten, ist leider nicht gesagt. Immerhin scheint der Gedanke naheliegend, die Hypophysis-Testikeltherapie in geeigneten Fällen bei älteren Herren zu versuchen, bei denen sich allmählich eine Glatze und ein Embonpoint einstellt. Die Lorandsche Auffassung, daß das Altern durch ein Nachlassen der inneren Sekretion bedingt sei, hat jedenfalls manches für sich, und da sich das Manko ja opotherapeutisch ergänzen läßt, so liegt kein Grund vor, diesen Weg nicht einzuschlagen.

Buttersack-Berlin.

Chirurgie und Orthopädie.

Lett, Hugh (London), Notfälle der Blasenchirurgie vom Standpunkt des praktischen Arztes. (Practitioner Bd. 88, H. 6.)

Es ist bekannt, wird aber immer außer acht gelassen, daß man bei Urinretention zunächst dicke Katheter versuchen soll, um keine falschen Wege zu bohren. Starke Kotanhäufung kann Urinretention verursachen. Ist die letztere durch Kongestion oder Spasmus verursacht, so



hilft oft Opium und ein heisses Sitzbad, oder erleichtert wenigstens das Katheterisieren. Gelingt die Entleerung nicht, so ist für den Praktiker die Blasenpunktion über der Symphyse dem Perinealschnitt weit vorzuziehen: sie kann fast beliebig oft wiederholt werden, nur muss man sich dicht an den oberen Symphysenrand halten.

Bei der Retention der Prostatiker soll man niemals den ganzen Urin entleeren, weil das üble Folgen, ja den Tod herbeiführen kann; sie sollen nach dem Katheterisieren zu Bett und zwei Tage im warmen Zimmer bleiben.

Bei der traumatischen Ruptur der Urethra kann man, wenn keine erhebliche Schwellung am Damm ist, den Katheterismus versuchen, wird aber selten Erfolg haben. Gelingt die Einführung des Katheters, so mag man ihn liegen lassen, muß aber auch Inzisionen am Damm machen, um Urininfiltration zu verhüten. Gelingt der Katheterismus nicht, so punktiere man, abgesehen von den Inzisionen, die Blase über der Symphyse. Die ideale Behandlung der Harnröhrenruptur, die Naht der Urethra, ist für den praktischen Arzt technisch zu schwer.

Bei der Ruptur der Urethra hinter einer Striktur kann der Praktiker nichts tun, als baldigst durch Inzisionen die Urininfiltration, die meist zu Gangrän führt, in Schranken halten und durch den Perinealschnitt für Entleerung der Blase sorgen. Fr. von den Velden.

Morton, R. Die Behandlung des Ulcus rodens. (Proc. R. Soc. of Medicine Bd. V, Nr. 7.)

Morton lobt die Wirkung des Kohlensäureschnees auf das Ulcus rodens, die besser sei als die Röntgenbestrahlung, Radium und Zinkjonisation. Nur bestehe die Gefahr, daß das Geschwür oberflächlich verheile und in der Tiefe weiterfresse, so daß das Rezidiv nicht mehr flach und ausgedehnt, sondern tief und klein sei. M. getraut sich jedes Ulcus rodens, das oberflächlich ist und keinen Knochen oder Knorpel ergriffen hat, mit einer einzigen Anwendung von Kohlensäureschnee zur Überhäutung zu bringen, und glaubt, daß die Heilung dauerhafter sei als bei den anderen Behandlungsarten. Schwerere Fälle erfordern allerdings eine mehrwöchige Behandlung und ganz schwere sind nur chirurgisch zu behandeln. Der Bestrahlung wirft er vor, daß sie das umgebende Gewebe in dem Sinne verändere, daß bei eingetretenem Rezidiv weitere Bestrahlung unwirksam sei, und daß oft Teleangektasien entständen. — Den unklaren und irreleitenden Begriff der „selektiven" Wirkung der Strahlen und chemischen Ätzmittel auf das Krebsgewebe zerstört er durch die Feststellung, daß einfach das Krebsgewebe hinfälliger sei als das umgebende Gewebe, woraus sich die Täuschung entwickele, als suchten die Ätzmittel das neoplastische Gewebe auf.

In der Diskussion werden Morton einige abkühlende Schneeapplikationen zu teil. Einer sagt, die Beobachtungszeit sei viel zu kurz, um von dauernden Heilungen zu reden, und Spitalkranke eigneten sich zu solchen Feststellungen überhaupt nicht, weil man sie meist aus den Augen verliere. Ein anderer sagt, das Ulcus rodens komme jetzt in viel früherem Stadium zur Behandlung als bisher, und die besseren Resultate erklärten sich hieraus; eine oberflächliche Heilung sei leicht zu erreichen, auch mit dem Glüheisen, das von erfahrenen Ärzten noch viel angewandt werde. Ein dritter sagt, Röntgenbestrahlung könne Rezidive nicht verhindern und das gelte vermutlich auch für die Co^2-Behandlung. Es gebe zwei Spezies von Ulcus rodens, die eine sei leicht zu behandeln, die andere trotze aller Behandlung. —

Das Verfahren der Proceedings, mit dem Vortrag die Diskussion zu veröffentlichen, hat seine Vorteile. Kommt nur der Vortragende zu Wort, so hat der Leser das angenehme, aber gewöhnlich täuschende Gefühl, etwas Neues und Wichtiges gelernt zu haben, während dagegen die Diskussion sehr geeignet ist, das Vorgetragene auf seinen wahren Wert einzuschränken.

Fr. von den Velden.

Sabattani (Padua), Zur Technik der Desinfektion mit Jodtinktur. (Gazzetta degli osped. e delle cliniche 1912, Nr. 53.)

Nicht jede Haut kann Jodtinktur ertragen. Drum erscheint es rationell, sie wegzunehmen, sobald sie ihre keimtötende Schuldigkeit getan hat. Sabattani geht deshalb so vor, daß er die mit Tinct. Jodi behandelte Stelle 5—10 Minuten lang mit steriler Gaze bedeckt und dann eine 5%, keimfreie Lösung von Natriumhyposulfit auf diese Gaze gießt: nach zwei Minuten ist die Jodtinktur beseitigt, und das Operationsfeld ist mit einer Schicht unschädlicher Natr. hyposulfit-Lösung bedeckt.

Buttersack-Berlin.

Evans - La Grosse macht auf die Tatsache aufmerksam, daß die Verrenkung bezw. Lockerung der Sacro-iliacal-Gelenke nach schweren Krankheiten mit langer Bettruhe (Typhus) und nach Operationen, die sich hauptsächlich in Kreuzschmerzen äußern, sehr häufig verkannt wird. Illustration an der Hand zweier Fälle. Behandlung entsprechendes Korsett. (The St. Paul Medical Journal 1912, 5). v. Schnitzer-Höxter.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Shaw, W. Fl. (Manchester), Die Behandlung der Plazenta praevia. (Practitioner Bd. 88, Nr. 6.)

Shaw kommt zu folgenden Schlüssen: Die beste Behandlung besteht im Gewährenlassen des natürlichen Hergangs, doch muß der Arzt dabei bleiben für den Fall stärkerer Blutung, um dann die Zervix zu erweitern und das Kind zu extrahieren.

Die innere Wendung auf den Fuß gibt gute Resultate für die Mutter, aber sehr schlechte für das Kind. Sie sollte immer ausgeführt werden, wenn der Arzt sich nicht getraut die Zervix rasch zu dilatieren und das Kind zu extrahieren.

Nicht zu empfehlen sind die Gummibeutel, das Ausstopfen der Scheide (besonders in der Praxis, wo man selten eine gute Asepsis erreicht, Ref.) und der Kaiserschnitt.

Bei den beiden anempfohlenen Verfahren gehn wenige Mütter zu Grunde, aber viele Kinder. Das bedeutet aber keinen Einwand gegen dieselben, denn jedes Verfahren, das die Gefahr des Kinds auf Kosten der Mutter vermindert, ist zu verwerfen. Fr. von den Velden.

Couvelaire, Ablation par Voie abdominale des Tumeurs ovariennes pelviennes à la Fin de la Grossesse et pendant le Travail sans Section césarienne préalable. (Annal. de Gyn. 1912, Bd. 39, pag. 277.)

C. war früher ein prinzipieller Gegner der Entfernung eines im Douglas eingekeilten Ovarialtumors sub partu ohne vorherige Eröffnung und Entleerung des Uterus. In einem Fall, der mitgeteilt wird, hat C. doch einmal ohne vorherige Eröffnung des Uterus operiert; man kann aber nicht sagen, daß der Verlauf dieser Operation zur Nachahmung begeistern könnte. Einmal machte sich eine maximale Luxation des Uterus über die Symphyse hinab notwendig, dann mußte besondere Sorgfalt auf die Abbindung des Stieles verwendet werden, um ein Abgleiten der Ligatur bei der weiteren Geburtsarbeit zu verhindern. Ferner war auch die Bauchdeckennaht nicht leicht und schließlich entwickelte C. das Kind mit der Zange, was er prinzipiell anrät. — In einem zweiten Fall entfernte C. im 7. Schwangerschaftsmonat einen Ovarialtumor, die Bauchwunde heilte im unteren Teil unter Klaffen, 13 Tage p. op. Geburt eines toten Kindes.

R. Klien-Leipzig.

Cumstom, Ch. G., Remarks on a Series of one Hundred Cases of Vaginal Hysterectomy for Uterine Fibromata. (Bost. Med. and Surg. J. 1912, pag. 116.)

C. hat das glänzende Resultat von 0% Mortalität ausschließlich mit der Klemmmethode erreicht. Er verwendet auf jeder Seite nur eine einzige (!), eigens konstruierte Klemme, die an ihrem freien Branchenenden einen kleinen Stift trägt, der das Abgleiten verhindert, indem er sich durch das Ligament



hindurchbohrt. Die Operation geht außerordentlich schnell von statten; die Klemmen werden allseitig sorgfältig mit Gaze umgeben und nach 48 Stunden entfernt, die Gaze nach etwa 7 Tagen. — Bei ausgebluteten Frauen reicht C. 4—5 Tage lang ante op. 1 g Calciumlactat 4—5 mal täglich. Die Scheide wäscht er auf dem Operationstisch mit Seife und Wasser aus, spült mit viel sterilem Wasser nach, und wäscht dann noch 1 Minute lang mit Alkohol aus. Zum Schluss Spülung mit Hydrarg. oxycyanat. 1 : 2000. Bei postoperativer Harnverhaltung Injektion von 20 ccm. sterilem Borglyzerin in die volle Blase. — Bei enger Scheide und älteren Virgines macht C. auch bei kleineren Myomen die Laparotomie.

R. Klien-Leipzig.

Warnekros, Über drei bemerkenswerte Fälle von puerperaler Pyämie. (Aus der Univ.-Frauenklinik in Berlin.) (Arch. f. Gyn. 1912, Bd. 97, Heft 1.)

Eingehende klinische, bakteriologische und pathologisch-anatomische Beschreibung dreier Fälle von puerperaler Thrombophlebitis, in denen die Unterbindung der betr. Vena iliaca communis (als Stelle der Wahl), ein mal die der Vena cava gemacht wurde. Wenn auch alle drei Fälle ad exitum gekommen sind, so läßt sich doch ein vorübergehender, teilweise frappanter Erfolg der Operation konstatieren. Der erste Fall wäre vielleicht gerettet worden, wenn er nicht einer Aspirationspneumonie zum Opfer gefallen wäre, die dadurch entstand, daß die Kranke irrtümlicherweise kurz vor der Operation reichlich zu trinken bekommen hatte. Stets hörten die Schüttelfröste und der weitere Übertritt von Keimen ins Blut auf. — Die Unterbindung der Vena cava, — sie war z. T. selbst mit thrombosiert — hatte keine erheblichen Zirkulationsstörungen zur Folge. Drei ausgezeichnete Tafeln illustrieren die Verbreitung des thrombotischen Prozesses.

R. Klien-Leipzig.

Marshall, G. (Balfour), Case of right Cystoma with acute Torsion of the right Fallopian Tube and broad Ligament complicating a six Month's Pregnancy. (Journ. of Obst. and Gyn. 1912, Bd. 21, pag. 268.)

Der Fall ist deshalb sehr lehrreich, weil hier einmal die Chromozystoskopie zu einer Fehldiagnose geführt hat. Die 26 jähr. IV.-Gr. hatte seit dem 4. Monat an wiederholten Schmerzattacken in der rechten Bauchseite gelitten. Es war rechts oben ein wenig verschieblicher Tumor zu fühlen, der um so mehr für eine Hydronephrose angesprochen wurde, als die Chromozystoskopie ein Totliegen des rechten Ureters ergab. Das konnte jedoch nur die Folge eines Druckes des schwangeren Uterus event. des Tumors auf den Ureter sein, denn bei der Laparotomie stellte es sich heraus, daß es sich um ein stielgedrehtes Ovarialkystom mit Saktosalpinx handelte. Die Frau abortierte 2 Tage nach der Operation, genas nach Überstehung einer Pneumonie. Hätte man statt der Chromokystoskopie den Ureterenkatheterismus gemacht, wäre wahrscheinlich der diagnostische Irrtum vermieden worden. (Ref.) R. Klien-Leipzig.

Audebert, Épilepsie et Grossesse. (Annal. de Gyn. 1912, pag. 232.)

Tarnier hat die Erfahrung gemacht, dass die Epilepsie durch die Schwangerschaft in der Hälfte der Fälle gebessert wird, in einem Viertel unbeeinflusst bleibt, im letzten Viertel verschlechtert wird. A. zitiert einige Fälle aus der französischen Literatur, in denen sich die Epilepsie verschlechterte und einen eigenen, wo sich bei einer 21 jähr. III.-Gr. im 4. Monat die Anfälle derart häuften — bis zu 7 am Tage —, dass A. die künstliche Fehlgeburt einleiten musste. Diese hält er übrigens auch vom sozialhygienischen Standpunkt aus wegen der schlechten Lebensqualitäten des Kindes für berechtigt. — In dem beschriebenen Fall ist bemerkenswert, dass der Uterus sehr schwer zu Kontraktionen zu bringen war. Es wurden nach einander angewendet Dilatation mit Hegar'schen Stiften, Gazetamponade der Zervix, zwei Bougies im Uterus 8 Tage lang. Schliesslich Kürettage. Während der nächsten 7 Tage kein Anfall, die vorher sehr heftigen Kopfschmerzen bedeutend verringert.

R. Klien-Leipzig.

v. Seuffert, Über intraperitoneale Ölinjektionen. (Aus der Univ.-Frauenklinik in München.) (Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn. 1912, H. 5.)

In 10 Fällen von allerdings sehr komplizierten abdominalen Radikaloperationen wegen Uteruskarzinom war die von Hoehne empfohlene Vorbehandlung der Peritonealhöhle mit 30 ccm 1- bezw. 10 % igen Kampferöl ausgeführt worden. Trotzdem starben 3 der Frauen an Peritonitis, obwohl die bakteriologische Untersuchung sub operatione Keimfreiheit ergeben hatte. v. S. verwirft deshalb die prophylaktische Kampferölbehandlung des Peritoneums. Diese ungünstigen Resultate stehen mit den glänzenden der Kieler Klinik in auffallendem Widerspruch. Leider ist nichts gesagt, ob die Münchener Fälle mit oder ohne Drainage behandelt worden sind. R. Klien-Leipzig.

Bondy, Oskar, Klinische und bakteriologische Beiträge zur Lehre vom Abort. (Aus dem hyg. Inst. u. d. Frauenklin. der Univ. Breslau.) (Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. 1912, Bd. 70, H. 2.)

B. gibt zunächst eine eingehende Darstellung der vielen Arbeiten, welche in den letzten Jahren über die Bakteriologie und Therapie des Abortes erschienen sind, und hebt die Hauptfragen präzis hervor. Er berichtet dann über 111 bakteriologisch untersuchte Fälle von Abort. Es fanden sich bei den afebrilen Fällen in 53, bei den febrilen in 81 % infektiöse Keime. In Breslau übt man die aktive Abortbehandlung, unter reichlicher Verwendung der Kürette. Die Resultate können sich durchaus denen Winters mit der extrem abwartenden Methode an die Seite stellen, so daß es durchaus unentschieden ist, welche von den beiden Behandlungsmethoden, selbst bei den Streptokokkenfällen, die richtigere ist.

R. Klien-Leipzig.

Cauffard, A., Laroche, Guy et Grigaut, Fonction Choléstérinigénique du Corps jaune. (Arch. mens d' Obst. 1912, pag. 401.)

Verfasser haben ihre Untersuchungen vor allem am Schweineovarium angestellt. Sie konnten makroskopisch vier Entwicklungsstadien der Corpora lutea feststellen: das blutige, das der beginnenden Entwicklung des spezifischen Körpers von der Peripherie her, das voll entwickelte Corpus luteum und das Rückbildungs- bez. Vernarbungsstadium. Mikroskopisch konnten sie mittels der verschiedenen Fettfärbungen neben neutralen Fetten besonders phosphorfreie und phosphorhaltige Lipoide und Cholesterin nachweisen, was sie auch durch quali- und quantitative chemische Untersuchungen in vitro erhärteten. Eine völlig präzise Darstellung der genannten Körper gelang jedoch nicht, weil sie stets mit Albuminen vermischt sind. Verfasser bezeichnen die Corpora lutea als temporäre, Cholesterin sezernierende Drüsen. Die konstant Cholesterin sezernierenden Nebennieren produzieren jedoch mehr Cholesterin. Höchstwahrscheinlich bestünden Beziehungen zwischen der Funktion der Corpora lutea und der Cholelithiasis; Verfasser erinnern daran, dass diese besonders häufig im Puerperium und in der Menopause auftritt. R. Klien-Leipzig.

Jaeger, Franz, Die Bedeutung alter Pyelonephritiden für gynäkologische Operationen. (Aus der Univ.-Frauenklinik in Erlangen.) (Zeitschr. f. gyn. Urol. 1912, Bd. III, Heft 4.)

Ein Fall von Prolaps und ein Fall von Zervixkarzinom starben einige Tage nach der Operation. In beiden Fällen war ante op. eine mäßige Zystitis diagnostiziert und behandelt bezw. gebessert worden. Bei der Sektion stellte es sich aber heraus, daß in beiden Fällen eine ziemlich schwere alte eitrige Pyelonephritis von aszendierendem Charakter vorlag. — Um derartige unangenehme Überraschungen zu vermeiden, soll in jedem Fall, bei dem die Eiweißmenge sowie der Bakterien- und Leukozytengehalt des Urins viel zu groß ist im Verhältnis zu den verhältnismäßig geringen Blasenveränderungen, die Zystoskopie und der Ureterenkatheterismus vorgenommen werden. R. Klien-Leipzig.



Kinderheilkunde und Säuglingsernährung.

Calvé, Jacques (Berck), De la tuberculose osseuse à foyers multiples chez l'enfant. (Progr. méd. 1912, Nr. 25, S. 305—307.)

Aus seinen Beobachtungen an dem großen Kindermaterial im Seehospiz Berck kommt Calvé zu dem Ergebnis, daß kleine tuberkulöse Knochenherde zumeist mit anderen kombiniert sind; mitunter finden sich bis zu 12 solcher kleiner Herde nebeneinander. Im Gegensatz zu diesem Typus, welcher vorwiegend bei Kindern von 2—5 Jahren vorkommt, werden ältere Kinder (5—12 Jahre) meist nur von einem einzigen, aber großen Herd befallen. Mehr als 3 große Herde gleichzeitig wurden nicht beobachtet.

In ähnlicher Weise kombinieren sich kleine Knochenherde viel häufiger mit Herden in andern Geweben, als große. So sind notiert unter 274 Kindern mit Spina ventosa: 74 Komplikationen mit Lymphdrüsen-, 89 mit Haut-, 111 mit anderen Knochenaffektionen, während unter 38 Fällen von Malum Pottii nur je 1 Drüsen- bezw. Peritonealtuberkulose sich fand. Meningitis tuberculosa fand sich neben mehreren kleinen Herden in 6%.

C. meint, bei genauerem Untersuchen, event. mit Röntgenstrahlen, ließen sich noch viel mehr Knochenherde ausfindig machen; ob damit aber praktisch viel gewonnen wäre, kann dahingestellt bleiben.

Buttersack-Berlin.

Hals-, Nasen- und Kehlkopfleiden.

Sieur (Paris, Val-de-Grâce), Verengte Nasenpassage und Atmungsgeräusch. (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 142, S. 121.)

Für diejenigen, welche die feinere Kunst des Auskultierens beherrschen und sich nicht mit dem Vorhandensein oder Fehlen von „Rasselgeräuschen" zufrieden geben, sind die Notizen von Sieur gewiß von Interesse. Es geht daraus hervor, daß Veränderungen des Atmungsgeräusches über den Lungenspitzen nicht ausschließlich durch Veränderungen des Lungengewebes bedingt sind, sondern nicht selten durch Verengerung der Nasenpassage. Man trifft da bald abgeschwächtes Vesikuläratmen, bald verlängertes, bald hauchendes Exspirium. Nach Beseitigung der Verengerung verschwinden diese Anomalien zumeist mehr oder weniger rasch. —

Neu sind diese Dinge keineswegs; wohl aber werden sie häufig genug nicht gebührend beachtet. Solche Fälle figurieren dann unter den geheilten Spitzenkatarrhen und täuschen das Urteil über deren Bewertung.

Buttersack-Berlin.

Tod, H., Enophthalmos und Ophthalmoplegie mit Fixation des Auges an den Orbitalboden nach Curettierung der Siebbeingegend. (Proc. R. Soc. of Medicine Bd. V Nr. 7.)

Der Boden der Augenhöhle und die innere Wand des Antrums ist entweder durch die Kurettierung oder durch die nachfolgende Eiterung zerstört, und das Auge ist so nach unten rotiert und gesunken, daß es unbrauchbar und schmerzhaft ist, so daß seine Entfernung erwogen wird. Bei uns gäbe das einen solennen Haftpflichtfall. Fr. von den Velden.

Hautkrankheiten und Syphilis.
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Buschke, Ad. (Berlin), Die Behandlung der Syphilis mit Arsen-Präparaten. (In: Lehrbuch d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten. 2. Aufl. 1912. S. 733—741.)

Behauptungen aufstellen ist keine Kunst; man sieht das leider zur Genüge an den literarischen Erzeugnissen unserer Zeit. Aber wohlabwiegende Urteiler sind selten. Zu ihnen gehört A. Buschke. Darum ist das, was er über das Salvarsan sagt, von besonderem Wert, um so mehr, weil seine Meinung von dem verbreiteten Lehrbuch aus weite Kreise der Ärzte beeinflussen wird. Buschkes Urteil hält sich gewissermaßen auf der



Mittellinie: Ein Teil der Lues-Symptome verschwindet unter genügend hohen Salvarsan-Dosen schneller, als bei einer milden Hg-Kur; bei einem anderen Teil wirken beide Methoden gleich gut, und wieder bei einem Teil ist Hg und Jod wirksamer. Es gibt auch Fälle, in denen Salvarsan gänzlich versagt. Im allgemeinen tut man gut, das neue Mittel auf solche Fälle zu beschränken, welche gegen Hg und Jod refraktär sind bezw. diese Mittel nicht vertragen.

Der Kontraindikationen sind es viele: Magendarmgeschwüre, Herzfehler, Myo-Endokarditis, Cor debile, Arteriosklerose, fettige Degeneration des Myokards, Koronarsklerose, Aneurysma, Anämie, degenerative Affektionen des Zentralnervensystems, Augen- und Ohrenerkrankungen.

Der Leser kann sich dem Eindruck kaum entziehen, daß diese Bilanz sich mehr nach der negativen Seite hinneigt, als nach der positiven. Wenn er den Satz Buschkes: „Das Salvarsan stellt eine für einen kleinen Indikationskreis erwünschte Bereicherung der Antisyphilitika dar" mit dem Aufsehen vergleicht, welches das Mittel seiner Zeit hervorgerufen hat, so wird er darin bis zu einem gewissen Grad eine neue Bestätigung des Satzes von Sniadecki erkennen: „Das größte Talent, der durchdringendste Geist, welcher mit seiner Arbeit auf dieser gefahrvollen Bühne aufgetreten ist, wurde oft mit Geräusch und Beifall aufgenommen, aber gewöhnlich mußte er am Ende unter Verspottung und Mißvergnügen wieder abtreten." (Sniadecki, Theorie der organischen Wesen. Aus dem Polnischen von J. Moritz. 1810. Vorrede S. XXI.) Buttersack-Berlin.

Bruner, Edw. (Warschau), Zur Kenntnis des Ulcus molle extragenitale. Ein Ulcus molle am Fuß. (Dermatolog. Wochenschr. 1912, Bd. 54. S. 277—286.)

Verfasser macht darauf aufmerksam, daß extragenitale Ulcera mollia häufig übersehen werden, insbesondere deshalb, weil sie nicht immer den gewohnten, typischen Anblick bieten. Der Nachweis des Ducrey-Unnaschen Streptobazillus, insbesondere in den Randpartien, klärt im gegebenen Fall die Situation schnell. Buttersack-Berlin.

Breiger (Berlin), **Über die Behandlung der Psoriasis mit ultravioletten Strahlen (Höhensonnen-Bad).** (Klin. therap. Wochenschrift 1912, Nr. 13.)

Verfasser eröffnet eine ganz neue und erfolgreiche Therapie dieser für Arzt und Patient gleich lästigen Krankheit, die zugleich den grossen Vorteil hat, dass sie ohne Salbenschmiererei stattfindet. Schon seit 12 Jahren behandelt Br. Psoriasis erfolgreich mit Lichtbädern und zwar mit roten Bogenlichtbädern, die er vermöge besonderer Einrichtung bei gleichbleibender Temperatur von 30—35 Grad Celsius bis zu 1¾ Stunden Dauer ausdehnen konnte; es gelang ihm, die Plaques ohne Salben zum Abheilen zu bringen und wenn die Patienten nur in gewissen Zwischenräumen die Behandlung fortsetzen, auch Rezidive zu verhüten. Doch war die Kur sehr zeitraubend. — Als dann vor 9 Jahren die ultravioletten Strahlen in die Lichttherapie eingeführt wurden, benutzte Br. zuerst das Eisenlicht, später die Hg-Dampf-Lampe noch nebenher, wenn es ihm darauf ankam, einzelne Stellen rasch ausschlagfrei zu machen, doch erreichte er hiermit nur einen rascheren Augenblickserfolg als mit der medikamentösen Behandlung. Erst als es ihm gelang, durch eine von der E. G.Sanitas, Berlin, besser konstruierte Quarzlampe eine halbe Körperseite auf einmal zu bestrahlen und er nun nicht mehr die einzelnen Plaques, sondern den ganzen Körper ohne Rücksichtnahme auf den Sitz der Effloreszenzen bestrahlte, kam er nicht allein racher zum Ziele, sondern glaubt auch Dauerheilung erwarten zu können, da er jetzt schon einige Fälle hat, bei denen seit 2 Jahren keine Rezidive aufgetreten sind. Br. führt die Heilung auf die nach Einwirkung der Haut des ganzen Körpers zurück, die allmählich ansteigt, nach etwa 12 Stunden ihren Höhepunkt erreicht, mehrere Stunden, ja auch Tage lang anhält und dann ebenso allmählich wieder abfällt. Diese andauernde arterielle Hyperämie hat eine starke Erhöhung des Stoffwechsels und bessere Blutbildung zur Folge. Zur Evidenz kann man dies beobachten an der bei Korpulenz jedes Mal ohne anderweitige



Massnahmen prompt eintretenden Entfettung, wie umgekehrt an der eintretenden Gewichtszunahme bei Unterernährungszuständen z. B. Tuberkulose. — Da die Behandlung sicher wirkend, höchst angenehm und bequem in ihrer Anwendung, nicht zeitraubend (jeden 2. Tag 5—15 Minuten) und endlich vollkommen ungefährlich ist, so ist sie allen anderen, auch der immer doch nicht absolut ungefährlichen Röntgenbehandlung vorzuziehen.

Neumann.

Medikamentöse Therapie.

Cabrera, Pereira, Gibt es eine Chinin-Anaphylaxie? (Bull. med. 1912, Nr. 46, S. 571.)

Eine gesunde, kräftige Frau bekam mit 23 Jahren eine Puerperalsepsis und derentwegen einige intramuskuläre Chinin-Injektionen; dieselben wurden jedoch nicht resorbiert, sondern blieben als Indurationen liegen.

15 Jahre (!) später hielt man wegen einer langweiligen Grippe, welche aber an sich leichter Art war, abermals Chinin für geboten. Aber kaum hatte die Patientin Chinin. sulfur. 0,1 geschluckt, so traten schwere Erscheinungen von Serumkrankheit auf: hochgradige Aufregung, Schwindel, galliges Erbrechen mit quälendem Würgen, intensive Kopfschmerzen und ein stark juckendes makulöses Exanthem. Da der Zufall ohne weitere Folgen vorüberging, so gab sich die Patientin in anerkennenswertem wissenschaftlichem Opfermut dazu her, noch drei weitere Male Chinin zu schlucken: jedesmal mit demselben Effekt. —

Der Beweis, daß es sich um Chinin-Anaphylaxie bezw. Chinin-Idiopathie gehandelt hat, scheint somit geliefert zu sein. Für die Praxis dürfte es sich empfehlen, von Überrumpelungen des Organismus durch subkutane Injektionen tunlichst abzusehen. Wäre die Patientin in der Folge nicht an Grippe, sondern an Malaria erkrankt, so hätte man sich selbst des einzig wirksamen Heilmittels beraubt gehabt. Buttersack-Berlin.

Taylor, Fr., Die Behandlung der Opiumvergiftung mit dem faradischen Strom. (Proc. R. Soc. of Medicine, Bd. V, Nr. 7.)

Nächst der Auswaschung des Magens (auch nach subkutaner Injektion von Opium, bezw. Morphium, da es zum größten Teil durch den Magen ausgeschieden wird) und der Verabreichung von Atropin ist die künstliche Atmung notwendig; außerdem hat man stets das Prinzip befolgt, den Kranken nicht zur Ruhe kommen zu lassen und ihn deshalb auf- und abgehn lassen, mit nassen Handtüchern geschlagen, mit Drahtpinseln faradisiert usw. Alle diese Reize helfen aber bei schwereren Vergiftungen mit aufgehobener Sensibilität nichts oder sind nicht anwendbar. Hier hat nun Taylor auch wieder faradischen Strom, aber in anderem Sinne angewandt: er hat mit gewöhnlichen Elektroden die Muskulatur des ganzen Körpers zur Kontraktion gebracht und glaubt das Resultat durch die erhöhte Tätigkeit der Muskeln, die das Gift verarbeiten, erklären zu können. Dies Verfahren wird eine Stunde fortgesetzt und erschöpft den Vergifteten im Gegensatz zu starken Hautreizen gar nicht; der Strom braucht durchaus nicht besonders stark zu sein. Daneben wird künstliche Atmung angewendet.

Taylor glaubt durch dies Verfahren Vergiftete, die sonst verloren gewesen wären, gerettet zu haben. Fr. von den Velden.

Röntgenologie und physikalisch-diätetische Heilmethoden.

Chauffard, A. u. Rendu (Paris), Le syndrome de déshydratation aiguë dans le coma diabétique. (Revue de Médecine 1912, XXXII. Jahrg., Nr. 6, S. 417—427).

Im Gegensatz zu Bouchard, Brissaud, Vogel, Taylor betrachten die Verfasser den Wasserverlust des Diabetikers nicht als Ursache des Coma, sondern nur als Folge: les diabétiques deviennent comateux d'abord et secondairement déshydratés. Einen großen Anteil an dem Wasserverlust hat nach ihrer Meinung der Kussmaulsche Typus der großen Atmung.



Obgleich beim Coma diabeticum die Deshydratation und damit die Eindickung des Blutes nur eine sekundäre Angelegenheit sei, empfehlen sie doch intravenöse Injektionen alkalischer Flüssigkeiten, aber von geringer, isotonischer Konzentration (15—20 g pro Liter). Nach den vorhergehenden Auseinandersetzungen erscheint diese Therapie nicht ganz logisch, und der Leser wundert sich nicht, daß dabei die drei Kranken, auf welche der kleine Aufsatz aufgebaut ist, prompt gestorben sind. Buttersack-Berlin.

Augstein, E. (Marienbad), Wiederholte periodische Untersuchungen an chronisch Obstipierten mittelst Röntgenstrahlen. (Zeitschrift f. physikal. diätet. Therapie 1912, XVI. Bd., S. 350—365.)

An Hand von 32 instruktiven Zeichnungen und 10 Tabellen wird der Darminhalt bei Gesunden und Verstopften in bestimmten Zeitintervallen verfolgt. Interessenten müssen die Arbeit im Original lesen.

Buttersack-Berlin.

Allgemeines.

Bemühungen der französischen Frauen um die Armee.

Die verhängnisvolle Abnahme der Rasse, welche in einer zahlenmäßigen und konstitutionellen Verschlechterung zum Ausdruck kommt, ruft nun auch die französische Frauenwelt auf den Plan; und zwar wollen sie sich derjenigen jungen Leute annehmen, welche wegen beginnender Tuberkulose aus dem Heere entlassen worden sind. Sie wollen Landkolonien gründen und dort die Patienten wieder gesund und militärdienstfähig machen.

Man kann über dieses Unternehmen verschiedener Meinung sein. Man kann zweifeln, ob auf diese Weise das beabsichtigte Ziel erreicht wird, ja sogar ob bei vielen Leuten die zentrifugalen Neigungen schon so groß sind, daß sie bereit sind, die Vergnügungen der Städte gegen ihre Gesundheit umzutauschen: auf alle Fälle ist die Bewegung an sich, der Trieb zu helfen, erfreulich. Nur meine ich, könnten die Frauen da viel wirksamer eingreifen als dadurch, daß sie das Geld ihrer Männer für neue Heilstätten flüssig machen. Wenn sie ihren eigenen Organismus so kräftigten, daß sie gesunde Söhne erzeugen können, wenn sie dazu bereit wären und ferner dazu, die Kinder persönlich und zweckmäßig aufzuziehen, wenn sie die Hüterinnen der Sitte und der ewigneuen Ideale wären und wenn sie den — in den Händen der Frauen zu formbaren — Männern dieser Ideale, die bürgerlichen Tugenden der Mäßigkeit, Vaterlandsliebe usw. einimpfen wollten, dann wäre gewiß bald der Kalamität abgeholfen. Hoffen wir, daß die französischen Frauen zu dieser Erkenntnis fortschreiten. Da die Mode noch immer in Paris gemacht wird, so könnte dadurch auch die übrige Welt günstig beeinflußt werden. Buttersack-Berlin.

Bücherschau.

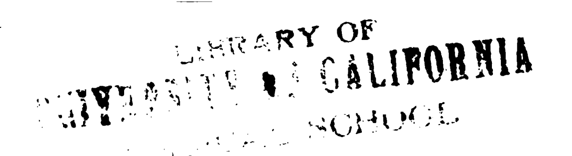
Pfaff, Wilhelm (Leipzig), Über neuere Fortschritte in der Zahnheilkunde, besonders auf chirurgischem und orthodontischem Gebiet. Nach einigen vor Ärzten gehaltenen Vorträgen zusammengestellt und ergänzt, mit 59 Abbild. Leipzig 1912, Dyk'sche Buchhandlung. 80 S., 3,60 Mk. (Pfaff'sche Sammlung von Vorträgen, Heft 9.)

Diese speziell für Ärzte geschriebenen Aufsätze bilden wohl eine der besten Abhandlungen, die auf dem gerade heute so vielumstrittenen Grenzgebiete zwischen praktischer Medizin und Zahnheilkunde in letzter Zeit veröffentlicht worden sind. Wie schon der Titel sagt, bieten sie gerade dem in der Praxis stehenden Arzt einen überaus interessanten Einblick in die Fortschritte, die die Zahnheilkunde in den letzten Jahren auf technischem und operativem Gebiete gemacht hat, so daß wir jedem Kollegen, der sich für diese Fragen, und speziell für Mundchirurgie, interessiert, vorliegendes Werk wärmstens empfehlen können!

Werner Wolff-Leipzig.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.





30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von

Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.

Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 38.	Erscheint wöchentlich zum Preise von 5 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin.	19. Sept.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Fibrolysin-Idiosynkrasie.

Von Dr. **Fritz Brandenberg**-Winterthur.

Nachdem ich bei ca. 200 Fibrolysin-Injektionen in verschiedenen Altersstufen (der jüngste Pat. war 10, der älteste 58 Jahre alt) nie unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet hatte, erlebte ich einen sehr schweren Fall von Idiosynkrasie dieses Frühjahr. Die Literatur über leichtere Idiosynkrasiefälle ist schon ziemlich groß.

Hartmann (Thiosinamin bezw. Fibrolysin und ihre therapeutische Anwendung [1909]) schreibt über die Nebenwirkungen des Mittels, daß ein wenig angenehmer Geruch nach Rettich oder Knoblauch in der Exhalationsluft einzelner Patienten bemerkbar sei, von anderen allgemeinen Störungen treten mehr oder weniger starke, dumpfe Kopfschmerzen, Blutandrang, Hitzegefühl, Schwindel und allgemeine Mattigkeit auf, die häufig nach einigen Stunden verschwinden, in andern Fällen tagelang andauern können, es kann zum Auftreten von Übligkeit, selbst zu Erbrechen kommen, mehrfach wird das Auftreten von menstruellen Blutungen angegeben, nicht selten das Wiederaufflackern alter, eitriger Herde. Einen solchen Fall beschreibt Dr. S. Stocker-Luzern (Korresp. f. Schweiz. Ärzte 1909, Nr. 23). Bei einer 37 Jahre alten Dame bestehen seit ca. 5 Jahren schmerzhafte derbe Adhäsionen im Abdomen, vor 30 Jahren mit Erfolg geimpft, vor 25 Jahren Periostitis am linken Vorderarm. Nach der ersten Injektion einer Ampulle Fibrolysin Temp. 38,2, Kopfweh, Schmerzen im linken Vorderarm, der stark druckempfindlich ist und teigig geschwollen, nach 2 Tagen 2. Injektion. Pat. fühlt sich schwer krank, Temp. 39°, Puls 100, linker Vorderarm schmerzhaft, geschwollen, Impfnarben sukkulent und schmerzhaft. Die Adhäsionen im Abdomen sind weich und nicht mehr schmerzhaft. Über Fiebererscheinungen im Anschluß an die Injektion besonders bei Hautaffektionen berichten Keitel, Kaposi und Brinitzer, die Temperaturen stiegen bis 39,2, einmal waren sie mit Kollaps-Erscheinungen gepaart.

C. Bruck (Arch. f. Dermatologie 1909, Bd. 96) glaubte die Idiosynkrasie gegen Arzneimittel als Anaphylaxie auffassen und erklären zu dürfen. Prof. K. Dieler (Aus der Dermatol. Univers. Klinik zu Würzburg) lehnt diese Ansicht in einer Arbeit· Ist die Idiosynkrasie



gegen Arzneimittel als echte Anaphylaxie aufzufassen? (Münch. Med. Wochenschr. 1912, Nr. 8) für eine Reihe von Arznei-Idiosynkrasien entschieden ab, spez. auch für die Fibrolysin-Idiosynkrasie. An Hand von 2 Tierexperimenten an Meerschweinchen, von denen 3 je 5 ccm aktives Serum einer an Fibrolysin-Idiosynkrasie leidenden Patientin bekamen, das 4. als Kontrolltier diente, kommt Dieler zum Schluß: Von den für die Eiweiß-Anaphylaxie charakteristischen klinischen Erscheinungen wurde bei keinem der Tiere auch nur eine einzige beobachtet. Damit fallen auch natürlich die Behauptungen von Mendel dahin, der in Therapie der Gegenwart 1911, Nr. 4 auf Grund klinischer Betrachtungen und der Experimente von Bruck und Klausner die Fibrolysin-Idiosynkrasie als echte Anaphylaxie bezeichnet hat.

Daß die Idiosynkrasie gegen Fibrolysin doch nicht gar so häufig ist, mag daraus hervorgehen, daß Mendel bei mehr als 500 Injektionen keine beobachtet hat. Immerhin muß die Empfehlung Stockers unbedingt befolgt werden: vor jedem Gebrauch des Mittels ist die Anamnese nochmals genau auf frühere eitrige Prozesse zu durchgehen. Auch das wird vor unangenehmen Erfahrungen nicht absolut schützen. Nachdem Krusinger und Osti bei verzögerter Resolution von Pneumonien auffällige Besserungen erzielt hatten, versuchte ich in einem gleichen Fall das Mittel. Der in den 30er Jahren stehende Patient war früher nie krank gewesen, auch in der Familienanamnese waren keine Anhaltspunkte spez. für Tuberkulose vorhanden, es schien die Diagnose verzögerte Resolution einer katarrhalischen Pneumonie völlig gesichert und ein Versuch mit Fibrolysin gerechtfertigt, im ganzen wurden 6 Injektionen gemacht, die scheinbar gut ertragen wurden. Der weitere Verlauf der Erkrankung ergab Miliartuberkulose, es wird Niemandem einfallen diesen Ausgang dem Fibrolysin zuzuschreiben, ob aber bei der „auflösenden" Wirkung, welche dem Mittel zugeschrieben wird, der schnellere Verlauf der Krankheit als Miliartuberkulose nicht dennoch dem Fibrolysin zur Last gelegt werden dürfte, bleibt eine offene Frage. Jedenfalls halte ich die Anwendung bei ähnlichen Fällen für kontraindiziert.

Der eigentliche Fall von Idiosynkrasie betrifft eine Frau Mitte der 50er Jahre. Sie litt an chronisch-rheumatischen Beschwerden im rechten Oberschenkel. Nach erfolgloser Anwendung der verschiedensten Salizyl-Präparate, intern und extern, nachdem eine mehrwöchentliche Massagekur verbunden mit aktiven und passiven Bewegungen, Schwefel- und Solbäder ohne jeden nachhaltigen Erfolg waren, das Gehen infolge der Schmerzen beinahe zur Unmöglichkeit geworden war und ein Röntgenbild keine Veränderung weder an Knochen noch Gelenk ergab, entschloß ich mich zu einem Versuch mit Fibrolysin. Am 3., 5. und 9. Februar wurden je eine Injektion gemacht. Die Patientin beklagt sich nie mir gegenüber über irgendwelche Nebenerscheinungen. Massage, aktive und passive Bewegungen, Salzwickel werden weiter verabfolgt. Am 2. Februar wurde eine leichte trockene Pleuritis konstatiert, welche keine Kontraindikation gegen Fibrolysin war. Da am 10. Februar neben der trockenen Pleuritis eine leichte Broncho-Pneumonie mit Temp. von 38,3 nachgewiesen wurde, stellte ich die Injektionen bis nach Ablauf der Temperaturerhöhungen ein. Am 15. Februar, 2 Tage nach Ablauf des Fiebers, wurde eine 4. Injektion vormittags 9 Uhr gemacht. Ich wurde nachmittags 2 Uhr zu der schwer kranken Patientin gerufen. Das Thermometer zeigte 39,6, Puls 140



bis 146 per Minute. Nach Angabe der Angehörigen soll um 12 Uhr bereits ein Schüttelfrost aufgetreten sein, nach demselben sei starker Schweißausbruch erfolgt. Die Annahme einer frisch eingetretenen Pneumonie konnte durch die Untersuchung der Lungen nicht bestätigt werden, immerhin blieb der Verdacht auf einen zentralen pneumonischen Herd vorerst bestehen. Nach 2 tägiger Beobachtung schien die „Erkrankung" abgelaufen. Am 22. Februar wurde die 5. Injektion gemacht. Wieder die gleichen Symptome, sowohl in bezug auf das zeitliche Eintreffen, als in bezug auf die Höhe des Fiebers und der Pulsbeschleunigung. Daß es sich um Idiosynkrasie gegen Fibrolysin handelte, ergab die 6. Injektion mit der gleichen Reihenfolge der Symptome: Schüttelfrost, Temperaturen über 39°, Pulsbeschleunigung und Rückgang der Symptome ca. 8 Stunden nach der Injektion, bei vollständigem Ausbleiben nachweisbarer Krankheitsherde. Auf eindringliches Befragen gab nun Patientin an, daß sie schon bei den ersten 3 Injektionen immer auf einige Stunden ein Gefühl von Unbehagen bis zu leichtem Brechreiz gehabt habe, darüber aber extra nichts sagte, um nicht für zu empfindlich gehalten zu werden!

Die von verschiedenen Autoren aufgeführte Hypothese von Kumulationswirkung fände vielleicht in diesem Fall eine Bestätigung. Die Impfnarben blieben reizlos, an keiner Körperstelle konnte das Aufflackern eines früheren, etwa vergessenen Krankheitsherdes nachgewiesen werden, der Fieber hätte erzeugen können, so bleibt einzig und allein als Erklärung dieses Falles übrig: hochgradige Idiosynkrasie event. im Sinne einer Kumulativwirkung.

Die Herbsttagung 1911 südwestdeutscher Kinderärzte in Frankfurt a. M. und die Fühjahrstagung 1912 südwestdeutscher und niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte in Wiesbaden.[1])

Von Dr. **Koepke** - Darmstadt.

M. H.! Da diese Tagungen immer einen gewissen Überblick über die diagnostischen und therapeutischen Fortschritte auf dem Gebiete der betr. Sonderdisziplin geben, bin ich dem Wunsche unseres verehrten Vorsitzenden mit Vergnügen nachgekommen, Ihnen hier über diese beiden Versammlungen zu berichten.

Unter den anatomischen Demonstrationen des Herrn Bernhard Fischer, welche die Frankfurter Tagung eröffneten, erregten besonderes Interesse ein durch Operation entfernter perforierter Appendix eines 4 Wochen alten Säuglings, bei dem die klinische Diagnose richtig gestellt war, und mehrere Fälle von schwerster hämorrhagischer Diathese bei Diphtherie.

Herr H. Rehn - Frankfurt a. M. sprach sodann über einen Fall von Icterus gravis familiaris und gab im Anschluß hieran einen Überblick über Ätiologie, Prognose und Therapie dieser Krankheit.

Weiter sprach Herr Moro - Heidelberg an der Hand von klinischen Beispielen: Über natürliche und künstliche Bedingungsreflexe.

Herr Beck - Frankfurt stellte einen 4 Monate alten Knaben vor mit Stridor congenitus, beruhend auf einer Anomalie der

[1]) Nach einem im ärztlichen Kreisverein Darmstadt am 24. Mai 1912 gehaltenen Vortrage.



Kehlkopfbildung, und weiter einen 5 jährigen Knaben mit thyreogener Fettsucht, bei dem es gelungen war, durch Schilddrüsenbehandlung bei sonst unveränderter Ernährung das Gewicht im Laufe von 2 Monaten von 49 Pfd. auf 44 Pfd. herabzubringen. (Das Gewicht von 49 Pfd. würde etwa dem eines 8—9 jährigen Knaben entsprechen.)

Herr Stein-Wiesbaden zeigte ein 13 jähriges Mädchen, das infolge von in frühester Jugend erworbener Polyneuritis eine vollständige Lähmung beider Hände und Unterschenkel aufwies. Das Kind hatte mit etwa 9 Monaten laufen gelernt und soll ein volles halbes Jahr richtig gelaufen sein, dann aber habe es ohne voraufgegangene Erkrankung begonnen, nur noch auf den Knien zu rutschen, und allmählich haben sich dann die obigen Lähmungen eingestellt. Der Fall bot besonderes diagnostisches Interesse, als sowohl zerebrale wie spinale Lähmungen in Frage kommen konnten, die aber beim Fehlen aller spastischen Symptome und bei der Symmetrie der Lähmungserscheinungen doch wieder ausgeschlossen werden mußten. Auch die progressive neuritische Muskelatrophie glaubte Stein gegenüber Moro und a. fallen lassen zu müssen, da in den letzten 11 Jahren kein Fortschreiten des Krankheitsprozesses eingetreten sei. — Durch Redressement der beiden paralytischen Klumpfüße im Gipsverband mit nachfolgender Arthrodese des Fußgelenkes durch Bolzung mit Elfenbeinstiften und Anlegung zweier Schienenhülsenapparate für die ganzen Beine gelang es, das Kind wieder zum selbständigen Gehen zu bringen. Auch seine Hände lernte das Mädchen durch lange Übung wieder soweit gebrauchen, daß es schreiben, stricken und die Nähmaschine bedienen kann. — Das bedeutet doch bei diesen sonst so bedauernswerten Kranken einen recht guten Erfolg!

Herr Großmann-Frankfurt stellte darauf mehrere Fälle von schweren spastischen Lähmungen der Extremitäten vor, die er durch die Förster'sche Operation soweit gebracht hatte, daß die Kinder an Krücken wieder selbständig gehen und stehen konnten. Als Hauptpunkte für die schwere Operation werden hervorgehoben: Schnelle und schonende Durchsägung der Wirbelbögen mit einer eigens hierzu konstruierten Säge, Einschränkung der Weichteilblutung durch Injektion einer Novocain-Suprareninlösung und Abtrennung der Muskeln in großen Zügen ohne feine Präparierung. — Ich komme weiter unten nochmals auf die Förster'sche Operation zurück.

Herr Knopf-Frankfurt sprach ausführlich über Asthma bei Kindern. Er hat die besten Erfolge gesehen bei diesem vielgestaltigen Krankheitsbild durch Stärkung des Willens infolge von methodischer Atemgymnastik und Unterstützung derselben durch schwedische Massage.

Herr Beck-Frankfurt erging sich sodann über den Wert des Rumpel-Leede'schen Scharlachphänomens, das er an einem größeren Material nachgeprüft hat. Dieses Phänomen besteht, wie Sie wissen, im Auftreten von leichten Hauthämorrhagien unterhalb einer für etwa 10—15 Minuten am Oberarm angelegten Stauungsbinde. B. ist ebenfalls davon überzeugt, daß es wertvolle differentialdiagnostische Hilfsdienste leisten kann insofern, als es beständig und sehr intensiv bei Scharlach auftritt. Da es aber auch bei andern Krankheiten und gelegentlich auch einmal im gesunden Zustande sich zeigen kann, so ist der positive Ausfall nur in Verbindung mit den übrigen klinischen Symptomen zu verwerten. Dagegen spreche der negative

Ausfall fast absolut sicher gegen Scharlach. — Wie Sie ja alle wissen, ist die Scharlachdiagnose besonders im Anfangsstadium nicht immer ganz einfach, und da ist es zu begrüßen, in diesem Stauungsphänomen einen weiteren diagnostischen Anhaltspunkt zu besitzen.

Weiter sprach Herr Beck dann noch über seine Erfahrungen mit der Finkelstein'schen Eiweißmilchernährung an 175 magen-darmkranken Säuglingen. Aus seinen Ausführungen und aus der sehr lebhaften Diskussion ging hervor, daß diese Ernährung ebenso wie die Buttermilchernährung nur in der Hand dessen etwas, und zwar wirklich gutes leistet, der sich genau mit den kleinsten Einzelheiten der Technik befaßt hat. In einzelnen Säuglingsabteilungen ist man mit den Erfolgen dieser Ernährung derart zufrieden, daß man nur noch für die 1—2 monatigen Säuglinge Ammen verwendet. — Ich darf Ihnen vielleicht hier die Hauptpunkte der Eiweißmilchernährung nach Finkelstein geben: Zusammengesetzt ist diese Milch aus 3 % Kasein, 2,5 % Fett und 1,5 % Zucker. Ihr Hauptanwendungsgebiet bilden Fälle von Dyspepsie, Atrophie und parenteralen Infektionen, die mit starken Durchfällen und Gewichtsstürzen einhergehen. Und zwar soll man bei diesen Zuständen folgendermaßen verfahren: Zuerst wird für 6 Stunden Tee gegeben, darauf 300 g Eiweißmilch mit 3 % Zuckerzusatz pro die. Dann erfolgt schnelle Steigerung der Nahrungsmenge bis auf 200 g pro Kilo Körpergewicht. Erfolgt hierbei keine oder nur eine geringe Körpergewichtszunahme, so soll man die Kohlehydratzulage auf 4, ja auf 5—8 % verstärken. — Ein weiteres Anwendungsgebiet stellen dann noch die Fälle von alimentärer Intoxikation dar. Hierbei gibt man zuerst für 12—24 Stunden Teediät, dann am folgenden Tage 10 × 10 g Eiweißmilch mit 3 % Zuckerzusatz und außerdem Tee ad libitum. Vom nächsten Tage an steigt man mit der Eiweißmilch zuerst um 50 g, dann um 100 g pro Tag langsam ebenfalls bis zu 200 g pro Kilo Körpergewicht und setzt ebenfalls eventuell weiter Kohlehydrate zu, und zwar ohne Rücksicht auf das Fortbestehen von schlechten Stühlen. — Was schließlich die Dauer der Anwendung der Eiweißmilch-Ernährung anbelangt, so hat sie ebenfalls wie die Buttermilchernährung ihre bestimmten Grenzen: Man soll sie bei Säuglingen unter 3 Monaten etwa 10 Wochen lang, bei solchen über 3 Monate etwa 6—8 Wochen anwenden und dann direkt zu den entsprechenden Milchmischungen übergehen. —

Den Schluß der Frankfurter Tagung bildeten dann noch Demonstrationen aus der Kinder-Klinik. Herr v. Mettenheimer zeigte ein 10 jähriges Mädchen mit Morbus Banti, weiter ein 14 jähriges Mädchen mit juveniler Paralyse und ferner sehr schöne Röntgenbilder von Knochenerkrankungen bei Rachitis gravis, Lues und Barlow.

Herr Feuchtwanger-Frankfurt sprach noch über seine Versuche über Vorstellungstypen und Herr Markus-Frankfurt über Schilddrüsenvergrößerung im schulpflichtigen Alter, über Lymphdrüsenschwellung in der seitlichen Brustgegend und über ein neues Fallschutzleibchen.

Die Wiesbadener Tagung eröffnete Herr Blumenfeld mit einem Vortrag über die Indikationen zur Adenotomie im Kindesalter. Er will die bisher bestehenden Indikationen wie Schwerhörigkeit, rezidivierende Mittelohrkatarrhe und Verlegung der



Nasenatmung noch erweitert wissen. Und zwar sollen die Kinder adenotomiert werden, die mit dauernder Neigung zu Katarrhen im Naso-Pharynx und in den Bronchien eine Schwellung der Zervikaldrüsen erkennen lassen, selbst wenn die Hyperplasie der Rachenmandel nicht derart ist, daß eine Verlegung der Nasenatmung besteht. Bei dem Zusammenhang der Lymphbahnen von der Rachenmandel und den Zervikaldrüsen zu den Endothorakaldrüsen ist ja eine eventuelle Mitbeteiligung der letzteren an den Schwellungszuständen nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen. So hat Blumenfeld bei etwa 50 Fällen von röntgenologisch nachgewiesener Schwellung der Endothorakaldrüsen nur einmal eine Hyperplasie der Rachentonsille vermißt. Ebenso brachte bei 10 Kindern mit endothorakalen Drüsenschwellungen, die an chronischer Bronchitis und unregelmäßigen Fieberanfällen litten, eine längere Zeit durchgeführte entsprechende Allgemeinbehandlung keine Heilung, sondern diese trat erst nach erfolgter Adenotomie ein. — Ihnen allen sind ja wohl schon derartige Kinder in Ihrer Klientel begegnet. Ich habe bisher bei diesen Patienten immer zuerst noch neben der nötigen Allgemeinbehandlung einen Versuch mit der Heubner'schen Schwefelwasserkur für etwa 6—8 Wochen gemacht, und erst wenn diese ebenfalls keinen Erfolg gebracht hat, habe ich adenotomiert und vor allen Dingen für eine gründliche Nachbehandlung gesorgt, die gerade diese Fälle besonders erfordern. —

Herr Czerny-Straßburg entwickelte darauf in seinem Vortrage: Anomalien der Muskelentwicklung im Säuglingsalter teilweise neue und für die Praxis wertvolle Ideen. Gerade dieses Gebiet ist ja bisher von der Pädiatrie noch ziemlich stiefmütterlich behandelt worden. Für die Beurteilung der Muskulatur kommen nach Czerny in Betracht: Vererbung, Übung und Ernährung. Der Säugling zeigt bei der Geburt schon eine qualitativ und quantitativ verschiedene Muskulatur. Überzeugen kann man sich hiervon durch Prüfung des Greifreflexes, der sehr verschieden stark ausgeprägt ist, und außerdem durch Aufheben des Säuglings bei unterstütztem Rücken. In der Praxis werden sehr oft Kinder, die nicht stehen oder gehen lernen wollen, fälschlich als Rachitiker angesehen und behandelt, während vielleicht eine Myotonia congenita oder eine Idiotie vorliegt. — Als Hauptforderung ist aufzustellen: Jede Muskelbewegung soll gefördert, und nicht durch die noch immer beliebte, monatelang durchgeführte Einwicklung des Säuglings hintangehalten werden. — Die sogenannten „schwachen Rücken" des späteren Kindesalters sind wahrscheinlich schon im Säuglingsalter erworben. Auch hier gilt als erster Grundsatz: Übungstherapie, keine Schonungstherapie! Eine nicht genügend entwickelte Bauchmuskulatur begünstigt den Meteorismus, der ja bei manchen Krankheitstypen eine Rolle spielt, der die Atmung behindert und den Kreislauf schädigt. Die Senkung des Brustkorbes erfolgt hauptsächlich erst im 2. Lebensjahre. In dieser Zeit sollen auch die meisten Haltungsfehler und die Enteroptose entstehen. — Was nun die Beeinflussung der Muskelentwicklung durch die Ernährung anbelangt, so liegen hier bis jetzt nur die Versuche von Gregor vor, nach denen nur die Kohlehydrate einen Einfluß zu haben scheinen. So soll man bei oft vorwiegender Ernährung mit Milch und Eiern, die ja noch immer sehr beliebt ist, fette, aber muskelschwache Kinder antreffen, bei denen dann durch Zufuhr von Kohlehydraten im Verlauf von Monaten eine bessere Muskelentwicklung zu erzielen sein soll,

während auf der anderen Seite einseitige Kohlehydraternährung eine starke, ja eine hypertonische Muskulatur zu erzielen imstande sein soll. —

Herr Gernsheim - Worms sprach hierauf über einen Fall von generalisierter Angiomatose und demonstrierte Präparate hiervon.

Es folgte weiter ein Vortrag des Herrn Lust - Heidelberg über die Pathogenese des Morbus Barlow. Ausgedehnte Stoffwechseluntersuchungen an einem Barlowkranken Kinde haben gezeigt, daß sich auf der Höhe der Krankheit der Phosphorstoffwechsel bezw. der gesamte Mineralstoffwechsel im Überschuß vorfindet, daß er dann im Stadium der Reparatur eine negative Bilanz zeigt, um schließlich nach erfolgter Heilung wieder normale Werte aufzuweisen. Es ergab sich eine Übereinstimmung dieser Stoffwechseluntersuchungen mit den Ergebnissen der pathologischen Anatomie und der Röntgenphotographie.

Herr Grosser - Frankfurt hat durch experimentelle Untersuchungen gefunden, daß die organischen Phosphorverbindungen den anorganischen gegenüber keine Überlegenheit als Diätetika zeigen, was nach Göppert - Göttingen den Heubnerschen Untersuchungen direkt widerspricht.

Herr Guradze - Wiesbaden stellte u. a. einen Fall von zerebraler Kinderlähmung vor, den er nach der neuen Stoffelschen Methode operiert hat. M. H.! Ich hatte Ihnen ja vorher schon von ähnlichen Fällen berichtet, die nach der Försterschen Methode operiert waren. Sie wissen ja, daß Förster bei diesen Fällen von zerebralen Hemiplegieen und Diplegieen mit spastischen Lähmungen der oberen und unteren Extremitäten vorgeschlagen hat, den Reflexbogen zu durchtrennen, und zwar durch Resektion der hinteren sensiblen Wurzeln, weil durch Fortnahme des vorderen motorischen Teiles des Reflexbogens zwar die spastischen Lähmungen ebenfalls beseitigt würden, dafür aber eine vollkommene schlaffe Lähmung der betr. Muskulatur noch hinzutreten würde. Die Förster'sche Operation gibt gute Resultate, bedeutet aber einen äußerst schweren Eingriff und erfordert eine äußerst langwierige Nachbehandlung. Wegen dieser Nachteile hat Stoffel nach einer neuen Operationsmethode gesucht und hierbei auch teilweise neue Wege für die Anatomie und Physiologie der Muskeln und Nerven gefunden. — Wie Sie wissen, liegt ja die Ursache dieser spastischen Lähmungen in einer Erkrankung der kortikospinalen Leitungswege, d. h. vorwiegend der Pyramidenbahnen. Diese Bahnen haben nun, wie Förster zuerst gefunden hat, zwei vollständig getrennte und selbständige Funktionen: Erstens leiten sie die Willensimpulse von der Großhirnrinde zum Rückenmark, welche Funktion Förster als innervatorische bezeichnet hat, zweitens aber hemmen sie die spinale Reflexerregbarkeit auf das normale Maß herab, welche Funktion als inhibitorische benannt worden ist. — Trifft nun irgend eine Schädlichkeit, eine Infektion oder dergl. die Pyramidenbahnen, so werden vorzugsweise die inhibitorischen Pyramidenbahnfasern schwer geschädigt, so daß oft nur die spastische Komponente auftritt, während die paretische Komponente, die eine Folge der Schädigung der innervatorischen Fasern darstellt, völlig dahinter zurücktritt. Stoffel hat sogar gefunden, daß die willkürliche Aktion des spastischen Muskels niemals aufgehoben, sondern nur durch den



Spasmus behindert war. Diese spastischen Muskeln gewinnen nun ein starkes Übergewicht über ihre Antagonisten, das also erst wieder beseitigt werden muß, um ein Muskelgleichgewicht wiederherzustellen. —

Stoffel hat nun weiter gefunden, daß der motorische Muskelnerv die Summe einzelner Nervenfasern darstellt, daß er gewissermaßen ein Kabel bildet, in welchem die Nervenfasern, die zu den einzelnen Muskelkomplexen verlaufen, zusammengehalten werden. Die Gesamtenergie des Muskels selbst aber stellt die Summe der Leistungen seiner einzelnen Komplexe dar. Soll nun also die erhöhte Energie des spastischen Muskels reduziert werden, so braucht man nur durch Resektion einzelner motorischer Nervenfasern eine bestimmte Anzahl von Muskelkomplexen auszuschalten, und das Muskelgleichgewicht ist wieder hergestellt, ein antagonistisches Zusammenarbeiten ist wieder möglich. — Die Operation selbst ist kurz und einfach für den Patienten, verlangt aber vom Arzt eine gute Technik und genaue anatomische Kenntnisse. Die Nachbehandlung, die besonders eine Übung und Kräftigung der Antagonisten bezweckt, ist ebenfalls kurz und einfach. —

Zur Frage der Wirksamkeit des Diphtherieserums bei Beteiligung des Nervensystems lautete der nächste Vortrag des Herrn Kleinschmidt-Marburg. Wie Sie wissen, hat es ja den Anschein, als ob die Diphtherie wieder etwas bösartiger aufzutreten beginnt. Ich hatte Ihnen ja vorher schon die Frankfurter Fälle mit schwerster hämorrhagischer Diathese erwähnt, und hier bei uns haben sich ja auch in letzter Zeit die Fälle von diphtherischem Herztod vermehrt. Da man der Wirkung des Serums in den bisher üblichen Dosen bei diesen schweren Fällen von Diphtherie, bei denen man klinisch eine Beteiligung des Nervensystems annehmen muß, nicht mehr so sicher war, ist man allmählich zu immer höheren Dosen übergegangen, in Frankreich und Amerika schon vor längerer Zeit, bei uns in Deutschland erst seit kurzem. Nun begegnet aber die Injektion derartig großer Serummengen von 30—40 000 I. E. großen Schwierigkeiten, worauf besonders Hillebrecht-Mainz hinwies. Denn wegen des Karbolsäuregehalts können derartig große Dosen bei Kindern nicht auf einmal eingespritzt werden, sondern man muß versuchen, an 4—5 Tagen hintereinander täglich 4000—5000 I. E. intravenös den Kindern beizubringen, was wegen des kollabierten Zustandes der Venen auch oft nicht ganz einfach sein soll. Erst wenn die starken parenchymatösen Blutungen um die Injektionsstelle herum aufhören, soll man dies als Zeichen nehmen, daß man mit den Injektionen aufhören kann. Abgesehen von diesen technischen Schwierigkeiten ist aber auch von vielen Seiten der therapeutische Wert dieser hohen Serumdosen als höchst problematisch hingestellt worden. — Kleinschmidt hat deshalb versucht, der Lösung dieser Frage auf experimentellem Wege näher zu kommen. Er hat Diphtherietoxin an frische Gehirnemulsion von Meerschweinchen gebunden, das Toxin wieder ausgewaschen und durch Zufügen von Antitoxin versucht, ersteres wieder von den Gehirnzellen zu lösen. Zum Nachweis des Toxins hat die Römer'sche Intrakutanmethode gedient. Hierbei hat sich nun gezeigt, daß es nur nach verhältnismäßig kurzer Zeit gelingt, das Toxin durch Antitoxin wieder von den Zellen frei zu bekommen. Ist es länger wie etwa 2 Stunden an die Gehirnzellen gebunden gewesen, so gelingt die Lösung durch noch so große Antitoxindosen nicht mehr. Er zieht aus seinen Versuchen den Schluß, daß man bei schwerer Diphtherie, be



der klinisch eine Beteiligung des Nervensystems anzunehmen ist, möglichst frühzeitig und möglichst intravenös oder intralumbal injizieren soll. — In der Diskussion ergab sich, daß man im allgemeinen den übergroßen Serumdosen ablehnend gegenübersteht. Interessant waren hierbei auch die Darlegungen von Herrn Czerny, der eine Lösung des Herzproblems bei der Diphtherie überhaupt nicht vom Serum erwartet, sondern von einer ganz anderen Seite. Einen Fingerzeig scheinen ihm die Versuche zu geben, mit denen man z. Z. in Wien beschäftigt ist. Hierbei hat sich durch das Elektrokardiogramm ergeben, daß bei manchen Herzkollapsen die Digitalis z. B. direkt den Herztod herbeiführt, während dagegen Atropin ihn verhindert. — Mir selbst hat sich ebenfalls schon seit mehreren Jahren das Atropin bei Herzkollapsen bei und nach Infektionskrankheiten ausgezeichnet bewährt.

Den Schluß der Tagung bildeten dann noch ein Vortrag des Herrn Köppe-Gießen über Still'sche Krankheit und eine historische Betrachtung des Herrn Selter-Solingen über die Gebärhütten der alten Indier.

„Sapo-Viridis."

Von Dr. **Mosberg**-Bielefeld, Spezialarzt für orthop. Chirurgie. (Erwiderung auf die Arbeit Dr. Kappessers.)

Es ist völlig berechtigt, daß Kappesser das Verdienst der Priorität energisch für sich in Anspruch nimmt, denn in der Fachliteratur wird sehr oft sein Name übergangen und vielfach werden seine Nachahmer als Begründer der Schmierseifenbehandlung genannt. Nach eingehendem Studium der einschläglichen Arbeiten bin ich auch zu der Ueberzeugung gelangt, daß Kappesser der erste gewesen ist, welcher die Schmierseifenbehandlung in die wissenschaftliche Medizin eingeführt und zuerst ihren wissenschaftlichen Wert erkannt hat. —

Daß die Schmierseife meines Erachtens nach ein altes Volksmittel ist, tut der hervorragenden Leistung Kappessers keinen Abbruch.

Die im Handel befindliche Schmierseife nun ist ein Mittel, welches infolge seiner ungleichmäßigen Zusammensetzung und der oft erheblichen Reizwirkungen dem Patienten nicht ohne Gefahr in die Hand gegeben werden kann. Zur Stütze dieser Behauptung verweise ich nochmals auf die eingehende Arbeit von Most: Über Schmierseifenverätzung. Dtsch. med. Wochenschr., No. 8, 1903, in der es zum Schlusse heißt: „Immerhin wird es sich empfehlen, vor der gewöhnlichen ungereinigten Schmierseife direkt zu warnen."

Zahlreiche Kollegen haben mir ebenfalls schädliche Nebenwirkungen bei Schmierseifenbehandlung mitgeteilt und bekannte Chirurgen sagten mir, daß sie diese Therapie wegen unangenehmen Erfahrungen in der ambulanten Praxis nur noch in ihren Kliniken ausführen ließen. Ich selbst kenne u. a. einen tragischen Fall, in dem sich ein Chirurg durch energische Schmierseifeneinreibung eine Hautverätzung mit anschließender Sepsis zuzog, an der er zu Grunde ging. Es ist ferner zu beachten, daß auch die neueren Pharmacopoesorten trotz der schärferen Reinheitsbestimmungen meist von sehr ungleicher Konsistenz sind und deshalb beim Einreiben Reizwirkungen auslösen. Auch v. Winiwarter, der meines Wissens den ausgedehntesten Ge-

brauch von der Sapo-kal. macht, geht einen ähnlichen Weg wie ich und wendet die Seife wegen der Reizwirkung nur in verdünnter und gemischter Form an. Ein Bedürfnis also, das altbewährte Mittel in eine für die Medikation geeignete Form zu bringen, lag vor und das beweisen mir auch die zustimmenden Zuschriften zahlreicher Kollegen, unter denen viele sind, die das Sudian an sich selbst und ihren Kindern mit überraschendem Erfolge versucht haben. Da das Sudian billiger als das in der Apotheke hergestellte Rezept ist, so steht der allgemeinen Anwendung auch in der Kassen- und Armen-Praxis nichts entgegen.

Weitere Versuche mit Diurase.

Von Dr. med. **H. Seemann,** prakt. Arzt in Berlin.

Zwei wichtige Organe des menschlichen Körpers, nämlich das Herz und die Niere, pflegen, sowie sie einmal längere Zeit und schwer erkrankt sind, mitunter aber auch, namentlich die Niere, bei kürzerer Erkrankung, ein gemeinsames schweres Symptom aufzuweisen, den Hydrops. Welche Qualen den Patienten durch diese Flüssigkeitsstauung auferlegt werden, weiß wohl jeder Arzt. Fast sämtliche Hautpartien finden wir durchtränkt und unförmig geschwollen, so daß oft jede Bewegung schon rein mechanisch unmöglich wird; auch verschiedene Körperhöhlen, vor allem die Bauchhöhle, die Pleura, der Herzbeutel füllen sich mit Exsudat an, so daß auch durch den direkt ausgeübten inneren Druck die wichtigsten organischen Funktionen, vor allem die des Herzens und der Lunge, in hohem Grade beeinträchtigt und schließlich unmöglich gemacht werden. Welchen oft furchtbaren Zuständen, durch die intensive Atemnot die Kranken ausgesetzt sind, ist wohl überflüssig zu schildern. Abgesehen von akuten Entzündungen der Niere, welche ja im großen und ganzen quoad restitutionem kein ungünstiges Bild gewähren, präsentieren sich die meisten mit Hydrops und Ödem verbundenen Erkrankungen sowohl des Herzens als auch der Niere als solche, welche den Kranken langsam, aber sicher seinem zeitlichen Ende zusteuern lassen. Es sind dies vor allem die chronischen, nicht mehr kompensierbaren Erkrankungen des Herzens, in erster Linie die schweren Klappenfehler und im Anschluß daran die Herzmuskelentartung, des weiteren die verschiedenen Grade der Gefäßverkalkung, und außerdem die chronischen Erkrankungen der Niere. Eine Heilung ist in diesen Fällen meist so gut wie ausgeschlossen, jedoch bleibt dem Arzte auch hierbei noch recht viel zu tun übrig insofern, als es ihm obliegt, wenigstens zeitweise Erleichterung zu schaffen und diejenigen Krankheitserscheinungen, welche den Patienten oft monate-, ja sogar jahrelang die unglaublichsten Qualen bereiten, möglichst einzudämmen und zu lindern. Die Kardinalplage bei der angedeuteten Kategorie von Herz und Nierenerkrankungen ist eben vor allen Dingen der Hydrops, welcher sich vielfach in überreichlicher Menge bildet und durch den von ihm ausgeübten allgemeinen Druck auf lebenswichtige Organe die Funktionen derselben intensiv hemmt und dadurch den Gesamtorganismus zum Verlöschen zu bringen droht, wie es ja, leider meistens, am Schlusse doch der Fall zu sein pflegt.

Je mehr sich in den einzelnen Geweben Flüssigkeit zu stauen pflegt, um so geringer fällt die Harnabsonderung des betr. Individuums



aus. Es sind oft geradezu winzige Mengen von Harn, welche diese armen Kranken von sich zu geben pflegen, ja es tritt sogar zeitweise völlige Anurie auf, als deren unmittelbare Folge dann wohl das schwerste Bild dieser Erkrankungen, die Urämie in Erscheinung tritt. Deshalb haben sich die Ärzte von jeher gemüht, die Druckerscheinungen möglichst zu vermindern, den Körper von der Flüssigkeits-Spannung zu entlasten und zwar dadurch, daß man durch geeignete Medikamente die Harnausscheidung, die Diurese, so intensiv wie möglich zu fördern und dadurch den Körper von den aufgestauten Flüssigkeitsmengen zu befreien suchte. Die Zahl der seit altersher hierfür angegebenen Mittel ist Legion. Harntreibende Tees, harntreibende Chemikalien werden uns schon im Altertum beschrieben und sie werden auch heute noch mit nicht geringem Erfolge angewendet, um eine möglichst ausgiebige Diurese zu erreichen. —

Es sind auch in den letzten Jahren von der chemischen Industrie eine ganze Anzahl wirklich guter Diuretica für die Praxis geschaffen worden und immer neue Kombinationen werden zur Prüfung empfohlen. In den letzten Monaten habe ich recht häufig Veranlassung genommen, in derartigen Fällen das wohl auch zahlreichen Kollegen bekannte Präparat Diurase zu verordnen und habe bereits an anderer Stelle über das Resultat meiner Versuche berichtet. Die Versuche sind von mir weiter fortgesetzt worden und ich gebe in den folgenden Zeilen eine kurze Beschreibung der Resultate.

Fall I. 74 jährige Frau (frühere Landwirtin). Schon die äußere Erscheinung ist eine traurige. Die Haltung ist gebückt, der Gang schleichend, es besteht am Oberkörper starke Abmagerung. Die physikalische Untersuchung bietet das Bild einer hochgradigen Lungenblähung; die Grenzen stehen hinten unter beiderseits am unteren Rand des 12. Brustwirbels und sind unverschieblich, über der ganzen Lungen verstreut klein- und mittelblasiges Rasseln. Eine Herzdämpfung ist wegen der starken Überlagerung mit Lungengewebe nicht exakt zu perkutieren, dagegen bietet die Auskultation das Bild der ausgesprochenen Muskeldegeneration. Beide Herztöne sind ersetzt durch lautes Blasen, außerdem besteht eine wilde Arythmie. Als natürliche Folge hiervon besteht im Abdomen reichliche Flüssigkeitsansammlung (Punktion nicht gestattet), ferner sind die Beine bis zu den Zehen unförmig geschwollen und hart, außerdem reichliches Anasarka. Hochgradige Oligurie, Urin stark eiweißhaltig. Patientin war schon längere Zeit mit den verschiedensten Herzmitteln behandelt worden in Verbindung mit harntreibenden Tees und ebensolchen Pulvern. Nur wenige Tage hindurch verspürt sie nach Einnahme der Mittel eine Erleichterung, im großen und ganzen bezeichnet sie ihr Befinden als ein überaus elendes, vor allem klagte sie über die intensive Atemnot sowie über die äußerst geringe Möglichkeit Wasser zu lassen. Ich verordnete nun folgende Medikation: 1. Einen Digitalis-Infus 0,75: 175,0 2. 40 Tabletten Diurase, 3mal täglich 4 Tabletten. Am zweiten Tage der Darreichung trat eine deutliche Veränderung zum Besseren ein, wenigstens soweit es die Harnabsonderung betrifft; während vorher täglich höchstens 700—750 ccm sezerniert wurden, konnte vom zweiten Tage an eine Menge von 1400, vom 3. Tage an eine solche von 1800—2000 ccm gemessen werden. Der Eiweißgehalt des Urins blieb derselbe, jedoch konnte man bezüglich der Ödeme der unteren Extremitäten ein erhebliches Abschwellen, verbunden mit einer ebenso deutlichen Erweichung konstatieren. Ebenso auch zeigte sich, daß die Spannung im Abdomen nicht unerheblich nachgelassen hatte. Nachdem sie im Laufe einer Woche ca. 60 Tabletten eingenommen hatte, setzte ich eine zweite Woche aus, um zu sehen, wie lange die Wirkung von Diurase auf die Harnsekretion einhalten würde. Das Resultat nach dieser Hinsicht war ein durchaus befriedigendes, da die tägliche Urinmenge nicht unter 1600 ccm herunterging. Leider starb die Patientin zu Beginn der 3. Behandlungswoche an einem Herzschlag, so daß dieser Fall für eine weitere Beobachtung nicht in Frage kam, jedoch ist er entschieden insofern mit zu den unbedingten Erfolgen zu zählen, als doch gerade hier ein nach jeder Hinsicht verzweifeltes Bild bestand, wie ja auch der baldige Exitus bewies, und dennoch trat, eben nach der gewünschten Richtung hin, nämlich bezüglich der vermehrten Harnsekretion, eine deutliche Besserung ein.

Fall II. 40 jährige Bäuerin. Dieser Fall ähnelt dem vorigen in vieler Beziehung. Bleiches eingefallenes Gesicht mit zyanotischen Lippen, starke Abmagerung des Ober-



körpers, dagegen reichliche Auftreibung des Abdomens durch Aszites, starkes Anasarca. die Beine sind äußerst stark oedematös geschwellt und hart. Die Lungen weisen nichts Pathologisches auf, dagegen zeigt sich am Herzen an Stelle des ersten Tones ein lautes systolisches Geräusch, während der Rhythmus der Herztätigkeit auch hier ein äußerst unregelmäßiger ist. Die Leber zeigte sich stark vergrößert und auf Druck schmerzhaft. Die Urinmenge, welche pro Tag sezerniert wurde, betrug etwa 600 ccm; es fand sich starker Eiweißgehalt sowie vereinzelte Nierenepithelien und Zylinder. Ich gab neben 3 mal täglich Digalen und 3 mal täglich 4 Tabletten Diurase. In diesem Falle trat die Wirkung erst am dritten Tage, jedoch ebenso präzise ein, da die Urinmenge zunächst auf etwa 1300 ccm, an den darauf folgenden Tagen auf 1700—1800 ccm stieg, um sich etwa 4 Tage auf dieser Höhe zu halten. Nach dieser Zeit stieg die Urinmenge, ohne daß die Dosis der Diurase etwa erhöht wurde, auf 2400 ccm und gleichzeitig fingen die Oedeme sowie auch der Aszites, welche in den ersten Tagen der vermehrten Diurese sich nicht im geringsten verändert hatten, auch ihrerseits an, zurückzugehen und zwar in ziemlich erheblicher Weise. Die Leberstauung schwand ebenfalls, kurz, es trat eine reichliche allgemeine Druckentlastung auf, welche von der Patientin ungemein wohltätig empfunden wurde, die eigentlichen Herzerscheinungen, vor allem die Arythmie konnten natürlich leider nicht beeinflußt werden und auch der Eiweißgehalt des Urins verminderte sich nur unerheblich, auch fanden sich noch geformte Elemente darin, so daß auch die bestehende Nephritis als nicht beeinflußt gelten mußte. Nachdem Patientin zwei Wochen lang die Diurase-Tabletten genommen hatte, setzte ich mit der Darreichung derselben aus, um zu prüfen, eine wie lange Nachwirkung ihnen zu eigen wäre. Nach etwa $2^1/_2$ wöchentlicher Pause fing die Urinmenge wieder an sich ziemlich erheblich zu vermindern (von 2300 ccm auf 1300 ccm) und gleichzeitig schwollen die unteren Extremitäten wieder an. Ich begann wiederum dreimal täglich 4 Tabletten zu verabreichen, was zur Folge hatte, daß die tägliche Harnmenge sofort wieder stieg. Auch hier ist an einen Erfolg quod restitutionem ad integrum natürlich nicht zu denken, eine derartige Degeneration des Herzens und zum Teil auch der Niere muß sicher über kurz oder lang zum Exitus führen, aber die palliative Wirkung steht doch völlig außer Zweifel.

Fall III. 41 jähriger Zimmermann. Leidet bereits seit etwa 6 Jahren, wie er mitteilt, an einem schweren Herzfehler, als dessen Hauptbelästigung er die Atemnot sowie die allgemeine große Schwäche hinstellt. Nach jedesmaliger etwa 3 wöchentlicher Behandlung mit verschiedenen Herzmedikamenten sei ihm leichter geworden. In der letzten Zeit, seit etwa $^1/_4$ Jahre habe er gemerkt, daß die Beine stark anschwellen. Ferner habe sich auch die Urinmenge vermindert. Es handelt sich um einen kräftig gebauten Mann, von bleicher Gesichtsfarbe mit reichlich pastosem Aussehen. Die Lungen weisen nichts Pathologisches auf. Das Herz zeigt sich nach rechts bis zur Mitte des Sternums verbreitert, der Spitzenstoß ist breit und flächenhaft im Gebiet der äußeren Mamillarlinie zu fühlen. Über der Mitralis sind anstatt der Töne nur zwei stark sausende Geräusche hörbar, der 2. Pulm.-Ton ist erheblich verstärkt. Es handelt sich um eine Insuffizienz und Stenose der Mitralklappe. Die Abdominalhaut weist ein ganz geringes Anasarka auf. Hingegen zeigt sich an beiden Beinen schon hoch am Oberschenkel beginnend bis weit über die Fußknöchel hinein ein erhebliches Oedem, jedoch ohne wesentliche Verhärtung. Die Urinmenge beträgt pro Tag etwa 800 ccm, der Urin ist dunkel, enthält eine geringe Menge Eiweiß und einige Nierenepithelien. Da Patient schon etwa 8 Wochen kein Medikament zu sich genommen hatte, so verordnete ich auch hier zunächst einen Digitalis-Infus (0,75/175), ferner gab ich ihm dreimal täglich 4 Tabletten Diurase. Auf den Digitalisinfus verspürte er vom dritten Tage an eine wesentliche Erleichterung hinsichtlich der Atemnot, überhaupt wirke, wie er sagte, die Digitalis in der Form als Infus stets am promptesten bei ihm. Vom zweiten Tage an war schon eine reichliche Vermehrung der Harnmenge, von 800 auf das Doppelte zu konstatieren, der Urin sah hell und klar aus, enthielt jedoch noch Eiweiß. Im Verlaufe weiterer 6—7 Tage stieg die Urinmenge auf ca. 2100 ccm, auf welcher Höhe sie sich, trotzdem ich etwa nur 10 Tage im ganzen die Diurasetabletten verabreicht , etwa $4^1/_2$ Wochen hielt. Nach Ablauf dieser Frist trat wieder eine langsame Verschlechterung ein. Es zeigt also auch dieser Fall, trotzdem er mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit ebenfalls über kurz oder lang ad exitum kommen muß, daß die Diurase eine recht beträchtliche Nachwirkungsdauer aufweist.

Fall IV. 11 jähriges Mädchen. Litt an Skarlatina und präsentierte sich an einem Tage der 3. Krankheitswoche plötzlich mit stark aufgeschwelltem Gesicht und Hals, sowie mit erheblichen Oedemen an den Beinen. Es handelte sich also offenbar um nichts anderes als eine Scharlachnephritis. Die Urinmenge war außerordentlich vermindert (450—500 ccm), der Harn enthielt reichlich Eiweiß, eine große Menge von Zylindern aller Art sowie Nierenepithelien. Am zweiten Tage war der Harn auch etwas schwach blutig gefärbt. Auch wurde über leichten Kopfschmerz geklagt. Zunächst wurde selbstverständlich strenge Milchdiät angeordnet, daneben versuchte ich sofort die Anwendung



von Diurasetabletten und zwar zunächst dreimal täglich 2 Stück. Sie wurden völlig anstandslos vertragen, so daß ich am dritten Tage bis auf 4 mal 3 Stück gehen konnte. Auch hier zeigte sich, allerdings erst vom 4. Tage an, eine einschneidende Veränderung zum Besseren: Die Urinmenge stieg fast um das 4 fache, 1700 ccm, der Eiweißgehalt verminderte sich gleichfalls erheblich, desgleichen der Gehalt an geformten Elementen. Auch die Schwellung an den unteren Extremitäten ließ bedeutend nach, während das Oedem im Gesicht noch unverändert bestehen blieb. Auch der Kopfschmerz dauerte noch an, im ganzen etwa eine Woche, dann verschwand auch er. Nach etwa 9 tägiger Anwendung der Diuraso-Tabletten war die Nephritis, was ihre stürmischen Erscheinungen betraf, völlig behoben. Sämtliche Schwellungen, auch die des Gesichts waren gewichen, im Harn fanden sich nur noch ganz vereinzelte Zylinder und Epithelien, dementsprechend war auch der Eiweißgehalt sehr gering. Die Grunderkrankung Skarlatina ging nun ungestört ihrer Heilung entgegen. Natürlich blieb das Kind seiner Nieren wegen unter ständiger Kontrolle.

Fall V. 24 jährige Arbeiterin. Sie hatte vor 4 Jahren einen schweren Gelenkrheumatismus überstanden und davon einen Herzfehler zurückbehalten, welcher ihr von Zeit zu Zeit starke Beschwerden, bestehend in Atemnot, Schwindel, Herzklopfen usw. verursachte. Auch habe sie fast stets geschwollene Füße. Gegenwärtig ginge ihr es, wie sie sagte, besonders schlecht, deswegen suchte sie ärztliche Hilfe auf. Patientin ist eine gracil gebaute Person, von bleicher, etwas pastöser Gesichtsfarbe mit geringer Zyanose der Lippen. Die Herzdämpfung beginnt fast am oberen Rand der 4. Rippe, reicht einerseits über die linke Parastermallinie hinaus, andererseits bis zur vorderen Axillarlinie. Der Spitzenstoß ist kräftig, flächenhaft, über der Herzspitze ist ein kürzeres systolisches und ein langes diastolisches Geräusch hörbar. Beide Geräusche klingen verstärkt in der Richtung nach dem Brustbein zu, am stärksten sind sie über der Aorta hörbar. Über der Pulmonalis erklingen die Geräusche ziemlich entfernt. Es handelt sich also um eine Insuffizentia und Stenosis ostii arterios. sinistri. Puls weich und langsam. Das Abdomen ist durch reichlichen Aszites erheblich geschwellt, dabei ist die Leber, da sie reichlich hart und vergrößert ist, noch deutlich palpabel. Die Beine sind stark oedemetös geschwellt. Die Urinabsonderung ist sehr stark herabgesetzt und beträgt 450 bis 500 ccm pro Tag. Der Urin ist hell und enthält nur minimale Spuren von Eiweiß, geformte Elemente fehlen.

Neben Digitalisdarreichung gab ich auch sofort dreimal täglich 4 Diurasetabletten. Vom 2. Tage an stieg die Harnmenge auf 1100 ccm, um in den nächsten Tagen die Höhe von 1800 ccm zu erreichen. Auf dieser Menge blieb die Absonderung stehen. Im ganzen reichte ich das Mittel 9 Tage lang. Die Wirkungsdauer bezüglich der Harnabsonderung betrug auch hier etwa 4 Wochen, um dann langsam wieder zu schwinden, wie es leider in der Natur dieser Herzfälle begründet ist. Die Oedeme der Beine jedoch waren völlig zurückgegangen und auch der Aszites war, wenn auch nicht ganz geschwunden, so doch ebenfalls recht erheblich gemindert.

Fall VI. 29 jähriger Arbeiter. Nachdem er sich bereits mehrere Tage schlapp gefühlt hatte, erkrankte er unter Auftreten von Kopfschmerzen und Erbrechen. Gleichzeitig bemerkte er, daß er im Gesicht gedunsen aussehe und daß er Anschwellungen der Fußknöchel bekäme. Auch klagte er, daß er nur sehr wenig urinieren könne. Es handelt sich um einen kräftig gebauten Mann, dessen Gesicht eine bleiche Farbe aufweist, verbunden mit starker Schwellung. Lunge und Herz sind frei von pathologischen Erscheinungen. Die Urinmenge ist recht erheblich herabgesetzt (700 ccm pro Tag). Der Urin sieht trübe und bräunlich aus und weist beim Stehen reichliches Sediment auf. Die mikroskopische Untersuchung ergibt das Vorhandensein von mäßig vielen roten Blutkörperchen, von Leukozyten, ferner zeigen sich reichliche hyaline und Wachszylinder, sowie Nierenepithelien. Eiweiß war 0,6 % nachzuweisen. Die Beine sind, von den Knien abwärts, stark geschwollen und ziemlich hart. Neben einer strengen Milchdiät wurde zunächst eine, wenn auch nur milde, Schwitzkur eingeleitet, um hierdurch die Harnsekretion anzuregen und das Hydrops zu verringern. Patient war jedoch, so folgsam er sich sonst zeigte, nicht zu bewegen, die ihm äußerst lästigen Packungen fortsetzen zu lassen. Ich entschloß mich nun, den Hydrops und die Anurie durch Darreichung eines Diuretikums, in diesem Falle der Diurase, zu beeinflussen. Am 3. Tage trat, nach Darreichung von 4 mal täglich 4 Tabletten, eine erhebliche Vermehrung der Urinmenge auf (1600 ccm), während die Oedeme des Gesichts und der Beine sich wesentlich verringerten. Da das Medikament anstandslos gut vertragen wurde, so gab ich es, in derselben Dosierung im ganzen 12 Tage. Nach $1\frac{1}{2}$ Wochen waren die sämtlichen Schwellungen geschwunden, die tägliche Urinmenge schwankte zwischen 1500 bis 2000 ccm. Der Eiweißgehalt ging ebenfalls erheblich herab (nach Ablauf der 2. Woche auf 0,06 %), auch die Menge der geformten Elemente verminderte sich ganz wesentlich. Die Besserung hielt, bei strenger Bettruhe und ebensolcher Diät, an und nach 6 wöchentlicher Behandlung konnte der Patient als geheilt gelten. 8 Wochen nach Beginn der Erkrankung nahm er seine Arbeit



wieder auf, nachdem der Urin nur noch ganz geringe Spuren von Eiweiß, dagegen keinerlei sonstige pathologische Bestandteile mehr nachgewiesen hatte.

Zum Schlusse möchte ich noch einen Fall kurz erwähnen, in welchem das Mittel völlig versagte. Es handelte sich um den Versuch, die Diurasetabletten auch bei einer exsudativen Pleuritis, bei einem 65 jährigen Bauer anzuwenden, um eben durch die Vermehrung der Harnabsonderung eine Verminderung des recht erheblichen rechtsseitigen Pleuraexsudats herbeizuführen. Hier versagte das Mittel, trotzdem ich es 8 Tage lang in reichlicher Menge anwendete und trotzdem es auch anstandlos vertragen wurde. Ich nahm daher Abstand von einer weiteren Darreichung und entleerte die Flüssigkeit durch Punktion.

An der Hand der obigen Fälle jedoch dürfte einwandsfrei erwiesen sein, daß, soweit die Beeinflussung der Diurese in Frage kommt, die Reihe der Diuretica wieder um ein recht nützliches Medikament bereichert ist. Man kann natürlich nicht verlangen, daß die Grundleiden, welche sekundär den Hydrops und die Oligurie veranlassen, durch ein Diureticum zum Schwinden, zur Heilung gebracht werden, das ist vor allem, soweit speziell chronische Herzleiden und chronische Nierenleiden in Frage kommen, völlig ausgeschlossen, man wird sich eben nur immer darauf beschränken müssen, palliative Besserung zu schaffen, in der Hauptsache also, den Hydrops und damit die schweren Druckerscheinungen zu beseitigen bezw. zu vermindern. Diesen Zweck erreicht die Diurase vollkommen und ihr Wert liegt meines Erachtens besonders darin, daß sie eine relativ sehr lange Nachwirkung zeigt. Wenn nach etwa 10—12 tägiger Darreichung eines Mittels die durch dasselbe bedingte Besserung bis zu 4 Wochen und länger anhält, so ist dies entschieden ein nicht zu unterschätzender Vorteil selbst bei denjenigen Fällen, welche, der Natur ihres Grundleidens nach, eine definitive Heilung nicht mehr erhoffen lassen. Bei den akuten Erkrankungen, welche in Frage kommen, also bei akuter Nephritis oder bei Scharlachnephritis erscheint der Einfluß des Medikaments auch direkt in bezug auf die Heilung als ein großer, wenigstens zeigen dies die zwei diesbezüglichen oben beschriebenen Fälle. Es wäre nun noch ganz interessant, zu erproben, wie das Medikament bei einer Schwangerschaftsnephritis event. bei einer Eklampsie wirken würde; leider habe ich keinen derartigen Fall zur Verfügung gehabt, jedoch dürften spätere Untersuchungen wohl auch diese Kategorie von Nierenerkrankungen in ihren Bereich aufnehmen. —

Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie.

Scholz, Blutkörperchenzählungen bei gesunden bezw. künstlich infizierten tuberkulösen Rindern, Kaninchen und Meerschweinchen, nebst Untersuchungen über den Einfluß von Tuberkulininjektionen auf den Blutbefund. (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.)

Bei Tieren, die mit Tuberkelbazillen bezw. tuberkulösem Material infiziert werden, zeigt sich eine Zunahme der weißen Blutkörperchen. Der Prozentsatz den neutrophilen Leukozyten nimmt ab, der Prozentsatz der Lymphozyten und eosinophilen Leukozyten zu. Die Zahl der roten Blutkörperchen nimmt ab. — Nach Tuberkulinproben (human. und bovin.) nehmen die Leukozyten zu, die Erythrozythen ab. Der Prozentsatz der neutrophilen Leukozyten wird niedriger, der der Lymphozyten und eosinophilen Leukozyten höher.

Schürmann.

Hehewert (Amsterdam), **Über den Wert der Gärungsprobe bei 46° C. von Prof. Dr. C. Eijkmann als Hilfsmittel bei der Trinkwasseruntersuchung.** (Centr. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.)

Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor, daß von Coli-Stämmen, die aus dem menschlichen Darme gezüchtet waren, nur 38,8 Proz. bei 46° C Glukose vergärten. Die Untersuchung anderer Eigenschaften, nämlich der Vergärung verschiedener Zuckerarten, zeigte, daß diese Stämme darin nicht übereinstimmten. Die Eigenschaft, Glukose bei 46° C zu vergären, ist also, ebensowenig als z. B. die Fähigkeit, Saccharose bei 37° zu vergären, eine allgemeine, eine obligate Eigenschaft des echten Coli-Bazillus. Sie ist eine der fakultativen Eigenschaften. Die Gärungsprobe bei 46° ist infolgedessen nicht imstande, mit einer einigermaßen genügenden Sicherheit Bakterium Coli aufzufinden, auch nicht, wenn der Begriff eingeschränkt wird auf den des „Bacterium coli strictu sensu (Eijkmann)".

Schürmann.

Bakteriologie und Serologie.

Bourdinière (Rennes), **Überempfindlichkeit gegen Serum. Epigastrische Schmerzen dabei. (L'hypersensibilité aux sérums thérapeutiques. L'epigastralgie sérique).** (Progrès méd. 1912, Nr. 19, S. 233—234.)

Als ein Remedium anceps lassen die Notizen von Bourdinière die Serum-Therapie erscheinen. Er zählt eine ganze Reihe von Fällen auf, in welchen bei Leichtkranken oder gar bei Gesunden therapeutische bezw. prophylaktische Injektionen schnellen Tad herbeigeführt hatten, und fügt diesen die Geschichte eines 38 jährigen Malers hinzu, welcher in der Klinik eine Meningitis durchgemacht hatte. Alles war so gut gegangen, daß er bereits an seine Entlassung dachte, als plötzlich ein Rezidiv einsetzte. Dasselbe war nicht gerade schwer. Allein die Ärzte wollten es noch mehr abkürzen und injizierten ihm deshalb 20 ccm Meningokokken-Serum in den Wirbelkanal, nicht ohne den Patienten eingehend nach event. früheren Injektionen befragt zu haben. Unmittelbar nach der Einspritzung stieß der Kranke gellende Schreie aus und klagte über wütende Schmerzen in der Magengrube; dann stellten sich Krämpfe ein, Coma, und 10 Stunden später war der Kranke tot.

Die Obduktion ergab eine typische Meningitis, beginnende Fettdegeneration der Leber und Lungenödem. Offenbar lag eine Vergiftung mit Serum vor. Aber welcher Art die giftige Substanz war? und wo sie einwirkte?, diese Fragen läßt B. unbeantwortet, ebenso die andere, weshalb nur einzelne Menschen so letal überempfindlich sind?

Historisch veranlagten Gemütern wird sich eine gewisse Ähnlichkeit zwischen dem einst so beliebten Aderlaß und der heutigen Serumbewegung aufdrängen. Beide erfreuten sich anfangs großer Anerkennung, bis allmählich die Schatten dieser Therapien immer tiefer wurden. Hoffentlich erweist sich die Serumtherapie lebensfähiger als der Aderlaß.

Buttersack-Berlin.

Tipfel (Greifswald), **Zur Kenntnis der Indolreaktion.** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 64.)

Die Möglichkeit der Indolbildung durch Bakterien hängt ab von der Anwesenheit der Tryptophangruppe in dem Nährsubstrat. Verfasser hat eine Tryptophannährlösung zum Nachweis von Indol angegeben, die sich ebenso gut wie eine Peptonlösung bewährt hat; die Reaktion ist so scharf und unzweideutig, daß es einer weiteren Identifizierung des gebildeten Farbstoffes durch Ausschütteln mit Chloroform nicht bedarf. Schürmann.

Sick (Stuttgart), **Über klinische Verwendung von Blutnährböden, ihren Einfluß auf Immunitätsreaktionen und über das Verhalten der Bakterien (speziell der Tuberkelbazillen) zum Hämoglobin.** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 64.)

Der erste Teil der Arbeit handelt über die Technik der Herstellung von Blutnährböden; der zweite Teil über die klinische Verwendung derselben, z. B. bei den akuten Erkrankungen des Atmungsapparates und zur Kulti-



vierung der Gonokokken und des Ducreyschen-Bazillus. Der dritte Abschnitt der Arbeit behandelt die Reaktion der auf Blutnährböden gewachsenen Bakterien gegen Immunkörper. Der Schlußteil beschäftigt sich mit dem Verhalten der Bakterien, speziell der Tuberkelbazillen zum Hämoglobin der Blutnährböden. Schürmann.

Frosch (Berlin), Differenzierung fuchsingefärbter Präparate durch Gegenfärbung. (Centralbl. f. Bakt. Bd. 64.)

1. Fixieren mit absolutem Alkohol in der Flamme.
2. Färben in verdünnter alkoholischer Fuchsinlösung.
3. Färben in wässeriger leicht angesäuerter Lösung von Patentblau (Höchst), bis das Präparat einen grünblauen Ton angenommen hat (2—3 Tropfen Stammlösung auf 15—20 ccm Aqu. dest., Ansäuern mit 1—2 Tropfen Eisessig).
4. Abspülen in schwach saurem Wasser (1 Tropfen Eisessig auf 20 ccm aqu. dest.).
5. Trocknen.

Bakterien und Kerne leuchtend rot, alle übrigen Zellbestandteile blau bezw. grün.

Diese Methode ist auch auf Schnitte anwendbar. Schürmann.

Innere Medizin.

Chandron, Maurice (Paris), Pseudo-Gastropathien. (Thèse de Paris 1912.)

Nachdem vor kurzem F. Ruch in Vevey in seinem lesenswerten Buch über die verschiedenen Erscheinungsformen der Neurasthenie und ihre psychische Behandlung mit besonderem Nachdruck auf nervöse bezw. psychische Magenleiden aufmerksam gemacht hat, bewegt sich die Abhandlung von Chandron in derselben Richtung. Mit Recht führt er aus, daß die angehenden Ärzte in den Kliniken zumeist Magengeschwüre oder Magenkarzinome zu sehen bekommen, daß sie es aber in ihrer täglichen Praxis mit ganz anderen Dyspepsien zu tun haben und daß darunter die nervösen eine große Rolle spielen. Ihre Diagnose ist für einen gewissenhaften Arzt nicht leicht; schließlich gilt auch hier das Moment ex juvantibus.

Bei solchen Kranken muß man vor allem die Aufmerksamkeit vom Magen ablenken. Selbst wenn man sog. „Magenmittel" gibt, ist dem Pat. klarzumachen, daß sie gegen die Erschöpfung, gegen Zirkulationsstörungen, zur Kräftigung des Nervensystems und dergleichen dienen; sonst lebt er sich immer mehr in seinen Magen-Gedankenkreis hinein. Von großem Wert ist eine in der Isolierung vorgenommene Ernährungskur. Wenn die Besuche, Einwirkungen und Meinungen Unberufener wegfallen, ist schon viel gewonnen.

Die psychische Therapie ist natürlich weniger imponierend, als eine Gastrostomie und dergleichen, erfordert aber nicht weniger Geschick als diese, eher noch mehr, weil die psychischen Konstitutionen viel verschiedener sind als die anatomischen. Schließlich ist der Erfolg entscheidend, und da können sich die Psychotherapeuten ganz gut sehen lassen.

Buttersack-Berlin.

Albu, A. (Berlin), Zur Diagnose und Therapie des Ulcus duodeni. (Therap. d. Gegenwart 1912, Nr. 6.)

Diese äußerst schwierig zu diagnostizierende Affektion gibt weder ein einheitliches noch ein konstantes Krankheitsbild. Die Mehrzahl der Fälle hat allerdings einen ausgesprochenen chronischen, über viele Jahre sich hinziehenden Verlauf, der durch periodisches Auftreten heftiger Schmerzanfälle gekennzeichnet ist, welche 3—4 Stunden nach den Mahlzeiten aufzutreten pflegen und zuweilen, aber nicht immer, durch Nahrungsaufnahme gebessert werden. (Ähnlich, aber nicht in derselben Heftigkeit treten diese ja auch bei Hyperchlorhydrie auf.) Ein drittes Symptom ist die starke Abmagerung. Alle übrigen sub- und objektiven Symptome sind inkonstant bis auf eine intermittierende motorische Insuffizienz, die Speiserückstände auch im



nüchternen Magen ergibt und auf intermittierenden Pylorospasmus zurückzuführen ist. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Ulcus pylori, Cholecystitis chron. recid., tabische Krisen, Neurasthenia gastrica, letztere, wie Albu besonders betont, im Gegensatz zur vorherrschenden Ansicht der Chirurgen. Im gleichen Gegensatz befindet er sich zu der Anschauung von der Notwendigkeit grundsätzlicher operativer Behandlung. Diese hält er erst dann für indiziert, wenn die interne Behandlung, die in einer mehrwöchentlichen strengen Liegekur in Verbindung mit permanenten heißen Kompressen und Milchbreidiät besteht, erfolglos geblieben ist. Operativ hält Albu die quere Resektion des Geschwürs für besser als die Gastroenterostomie, weil so die Ursache des Pylorospasmus ausgeschaltet wird.

Esch.

Weill, P. E. und Ménard, P. J. (Paris), Rheumatisches Aortenaneurysma. (Bull. méd. 1912, Nr. 35, S. 447.)

Wenn jemand immer denselben Weg macht, nennt man ihn einen Pedanten und schilt sein mangelhaftes Interesse für andere Möglichkeiten und Ausblicke. Im Gebiet der pathologischen Physiologie aber ist man nur zu sehr geneigt, aus der ungeheuren Zahl der möglichen Kombinationen eine bestimmte herauszugreifen und diese als die allein richtige autoritativ abzustempeln. Daß man sich auf diese Weise den Fortschritt in der Erkenntnis selbst erschwert, wenn nicht ganz verbaut, ist leicht einzusehen. So beherrscht z. B. das Dogma, daß Paralyse und Aorten-Aneurysmen jeweils auf Lues zurückzuführen seien, die Mehrzahl der Gemüter. Ob alle, die es nachsprechen, auf Grund eigener Beobachtungen dahin geführt worden sind, kann man füglich bezweifeln. Viele lassen sich durch Autoritäten imponieren und akzeptieren einen Satz, der zum mindesten den Vorteil hat, sie des eigenen Denkens zu überheben. Solche Leute hatte Goethe im Auge, als er in seiner Farbenlehre schrieb: „Eine nachgesprochene Wahrheit verliert schon ihre Grazie; ein nachgesprochener Irrtum erscheint abgeschmackt und lächerlich."

Nun teilen die beiden bekannten Kliniker einen Fall mit, in welchem bei einem sonst gesunden, nicht syphilitischen Manne sich im Laufe eines akuten Gelenkrheumatismus ein Aneurysma des aufsteigenden Aortenbogens entwickelte. Besonders bemerkenswert war, daß jeweils mit neuen Rheumatismus-Schüben die Kompressionserscheinungen seitens der Aorta zunahmen.

Solche Fälle können nicht oft genug mitgeteilt werden. Dann wird allmählich doch eine Bresche in das zitierte Dogma gelegt werden.

Buttersack-Berlin.

Kartulis (Alexandria), Über die sog. Bantische Krankheit in Ägypten und ihre Ätiologie. (Centralbl. f. Bakt. Bd. 64.)

In Ägypten herrscht endemisch eine chronische Anämie, die mit Megalosplenie, Leberzirrhosis und Aszites einhergeht. Diese Krankheit ist nach Verlauf und Symptomatologie identisch mit dem von Banti angegebenen Symptomenkomplex. Die Malaria spielt bei der Entstehung dieser Krankheit eine bedeutsame ätiologische Rolle. Die Diagnose ist durch die Untersuchung des Milzblutes möglich. Im Milzblut einiger Kranken treten Protozöen ähnliche Gebilde auf, deren Natur vorläufig mit Sicherheit nicht entschieden werden kann. Wahrscheinlich sind dieselben degenerierte Malariaparasiten.

Schürmann.

Oliver, Sir Th. (Newcastle), Bemerkungen über die Hämophilie. (Practitioner Bd. 88, Nr. 6.)

Auffallend ist, daß die Hämophilen zu manchen Zeiten viel mehr zu Blutungen neigen als zu anderen. Viele haben ein instinktives Bedürfnis nach Kalk, so daß sie Mörtel und Kalkbewurf essen — der Kalkgehalt des Blutes spielt eine wichtige Rolle bei der Gerinnungsfähigkeit. Der Kalkmangel der Hämophilen zeigt sich auch darin, daß sie meist schlechte Zähne haben. Sowohl die Hämophilen als ihre Mütter und Schwestern (die bekanntlich keine Bluter sind) haben eine verminderte Anzahl von Leukozyten, welchen Mangel man in erster Linie die mangelhafte Blutgerinnung zuschreibt. Hämo-



philie kommt auch bei Tieren vor und ist hier nicht so ausschließlich auf das männliche Geschlecht beschränkt, denn die blutsverwandten Weibchen leiden an Nachgeburtsblutungen.

Oliver hat von der empfohlenen Verabreichung von Adrenalin, Ergotin, Hamamelis und Kalziumsalzen keine deutlichen Resultate gesehen, dagegen von der rektalen Infusion von Pferdeserum. Man hat versucht, Bluter täglich mit kleinen Dosen Pferdeserum zu füttern, aber ohne Erfolg (was nicht dafür spricht, daß die rektale Infusion als solche gewirkt hat, Ref.). Auf Grund der Beobachtung, daß Frauen nicht hämophil sind, hat man versucht, Bluter, die einer Zahnextraktion bedurften, durch Verabreichung von Ovarienextrakt temporär in Frauen zu verwandeln: aber auch dies ohne Erfolg. Fr. von den Velden.

Chirurgie und Orthopädie.

Natzler, Adolf, Über Brüche des Sprungbeins. (Vulpius' Klinik, Heidelberg.) (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie, Unfallschirurgie.)

Verfasser weist mit Recht auf den Wert der Röntgenaufnahme gerade bei Diagnose der Talusfraktur hin. Wie oft war bisher eine Fraktur hier mit der Verlegenheitsdiagnose Distorsio gegangen. Bei isolierten Talusfrakturen kann man ja, so führt Natzler aus, klinisch die Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen, wenn man nach einem Sturz aus der Höhe auf die Füße an der Vorderseite des Tibio-talusgelenks Schwellung (event. Bluterguß), wenn man das Sprungbein zirkumskript druckempfindlich, wenn man Gehen und Stehen unmöglich und alle Bewegungen im fraglichen Gelenk schmerzhaft und stark eingeschränkt findet. Schwellung in der Knöchelgegend Ekchymosen dort wären in der Mehrzahl vorhanden. Sicher ist die Diagnose, wenn die Dislokation der Bruchenden fühlbar ist. Bei Kollumfrakturen kommt gewöhnlich das Bild des traumatischen Plattfußes zustande. Aber auch in diesen Fällen ist ein Röntgenbild zur Sicherung der Diagnose notwendig.

Klinisch unmöglich ist zu erkennen die Kombination von Knöchel und Fersenbeinbruch. — Selbst im Röntgenbild oft schwer ist die Diagnose bei kleinen Infraktionen und Absprengung des hintern Sprungbeinfortsatzes. Wegen der hier oft sitzenden Variation des Os trigonum. Aufs genaueste ist dann Tallusrollenkontur, gut abgerundete Ecken des Os, verdichtete Randlinie zu suchen, event. ein Vergleich mit der gesunden Seite zu ziehen.

Was nun alte Frakturen anlangt, so findet man klinisch oft als Einziges selbst nach Jahren die Knöchelgegend und Fußgelenksgegend, oft die Gegend des Taluskopfes allein ödematös geschwollen. Die Beweglichkeit des Tarsokruralgelenks ist beeinträchtigt, besonders die Dorsalflexion. Das Sprungbein ist oft druckempfindlich dicht unter dem Knöchel auf beiden Seiten. Hier gerade, betont der Verfasser, sei besonders eine Röntgenaufnahme notwendig, um arthritische Veränderungen im Talokrualgelenk bei Plattfuß (die nebenbei gesagt, oft so hochgradig sind, daß selbst im Röntgenbild die Fehldiagnose alter Fraktur gestellt werden kann), um Tuberkulose der Fußwurzel-Knochen, Plattfuß alter Leute, Arteriosklerose der Tibialis antica und postica oder Dorsalis pedis auszuschließen.

Verfasser wahrt sich energisch gegen die Annahme, daß eine Talusfraktur nur durch Fall aus großer Höhe auf weichem Boden (im Gegensatz zur Calcaneusfraktur, auf hartem Boden durch Sturz) stattfinden soll. Solche Regeln könne man nicht aufstellen. Auch kann, so führt er aus, allein die Talusfraktur durch forcierte Pronation oder Supination entstehen. Ein Sturz aus größerer Höhe sei nicht notwendig.

Am häufigsten sind die Talushalsfrakturen, die dadurch charakterisiert seien, daß die Verletzten dann auf der Mitte des Fußrückens am 4. und 5. Mittelfußknochen Schmerzen angeben.

Bezüglich der Therapie kommt bei nicht dislozierten Brüchen Gipsverband in Betracht mit Massage, Bädern und mediko-mechanischen Übungen als Nachbehandlung.

Bei den andern sei oft Osteotomie und Redressement nicht zu umgehen. Bei starker Schmerzhaftigkeit weist Verfasser auf die guten Erfolge der Totalexstirpation einerseits, auf Plattfußeinlagen in günstigen Fällen hin.

Als Prognose bei nicht dislozierten Brüchen kommt die Restitutio ad integrum als große Wahrscheinlichkeit in Betracht, wenn gleich man darauf gefaßt sein muß, daß selbst spät noch arthritische Veränderungen vorkommen. Bei dislozierten Brüchen wäre neben der Gefahr der Nekrose und Sepsis meistens eine Bewegungsbeschränkung im Talokrural- und Talotorsalgelenke die Folge. Aber selbst hier könne man gute Resultate erzielen; hier ist man von der Geduld des Patienten wesentlich abhängig.

Giesel-Darmstadt.

Miyanchi (Tokio), **Zur Kasuistik des angeborenen Hochstandes des Schulterblattes.** (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie.)

Nicht mehr als 100 Fälle sind von der Sprengelschen Deformität innerhalb fünfzig Jahren beschrieben worden. Frühes Auffinden des einseitigen Schulterblattes oder die Anamnese weisen mit ziemlicher Sicherheit auf das Angeborene dieses Zustandes hin. Der Befund ist kurz gesagt, neben dem Hochstand des Schulterblattes ein Näherrücken des Angulus an die Wirbelsäule, eine in den meisten Fällen nach der kranken Seite gerichtete Skoliose der Brustwirbelsäule; eine Beeinträchtigung der Nacken-Schulterlinie im Sinne einer Verkürzung, einer geringeren Ausladung. Da der Zustand angeboren, zeigt sich oft ein höherer Skapularindex, d. h. daß ähnlich wie bei dem Heruntergehen in der Artentwicklung $\frac{\text{Breite} \times 100}{\text{Länge}}$ höher wird. Das Schulterblatt scheint in die Länge gezogen. Verfasser meint, daß die Entartungsreaktionen, die man zuweilen bei Muskeln und Nerven der kranken Schulter fände, erst sekundär durch Druckatrophie geworden wären. Meistens seien die Muskeln intakt und dann ergäbe sich eine nur geringe Bewegungseinschränkung des Armes nach oben. Praedistiniert quasi sei das männliche Geschlecht. Ob diese Deformität ein atavistisches Zeichen wäre, könne man nicht mit Exaktheit behaupten. Man dürfe nicht zu viel aus den zuweilen gefundenen Exostosen resp. knöchernen Überbrückungen von Schulterblatt und Wirbelsäule schließen. Miyanchi ist der Ansicht, daß man diese Deformität auf eine einheitliche Ätiologie nicht zurückzuführen brauche, daß eben bald eine fehlerhafte Keimanlage, bald ein intrauterin wirkendes mechanisches Moment die Ursache sei. Differentialdiagnostisch kämen in Betracht: Rachitis, Osteomalazie, deformgeheilte Fraktur, Kinderlähmung, zervikale Skoliose, Empyem, Muskelkontraktur, Halswirbelkaries. Da die Behandlung dieser Deformität aus kosmetischen Rücksichten geschehe, wegen der nur geringen Funktionsbeschränkung wäre der Mißerfolg einer angewandten Therapie nicht so bedauerlich; man sähe leider, daß Massage, aktive und passive Bewegung nur wenig nutze.

Giesel-Darmstadt.

Wygodzinski, S. (Beuthen), **Hernia epigastrica und Fibrolysin.** (Medico 1912, (Nr. 19 und 20.)

Die epigastrischen Hernien, sog. Magenbrüche sind verschieden an Größe und Schmerzhaftigkeit. Letztere hängt ab vom Inhalt des Bruchsackes. Den schwersten Grad erreicht sie mit Beteiligung des Magens am Prolaps. Ätiologisch kommen in Betracht: stumpfe Gewalt, Heben schwerer Lasten, hartnäckige Stuhlverstopfung (Pressen), Husten, Erbrechen, forcierte Entfettungskuren usw.; differential-diagnostisch: Colica flatulenta, Appendizitis, Ulcus ventriculi. Die Diagnose der Hernia epigastrica ist leicht, da Druckschmerz und Hervortreten beim Husten und nach vorn geneigtem Oberkörper konstant sind. Komplikationen können eintreten durch Neurasthenie und Gastrosukkorrhoe. Bisherige Therapie: In leichteren Fällen Reposition und Anlegen eines Nabelbruchbandes event. Heftpflasterverbands, damit die starke Spannung der Bauchmuskeln unterbleibt. Bei großen Schmerzen oder starkem Husten Morphium; Beseitigung von Ver-



stopfung und Hypersekretion; bei Versagen der Behandlung Operation. Als weiteres Mittel empfiehlt W. das auch von F. Ehrlich (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. XVII, Heft 1) bei Nabel- und Magenbrüchen erfolgreich verwendete Fibrolysin. Eine durch hartnäckige Stuhlverstopfung bezw. starkes Pressen entstandene große, stark druckschmerzhafte epigastrische Hernie mit Hypersecretio continua wurde ausschließlich durch Fibrolysin geheilt. Die auf 45° erwärmte Fibrolysinlösung wurde alle 2 Tage in die Nähe der Hernie injiziert. Keine Nebenwirkungen, Gewichtszunahme, ständige Abnahme der Hernie und der Schmerzen. Nach 20 Injektionen sind beide verschwunden, Stuhlgang erfolgt bei gewöhnlicher Kost spontan und leicht. Gastrosukkorrhoe ist verschwunden, indem die Zerrung des Peritoneum und damit die Reizung der Magendrüsen aufgehört hat. Erfolg besteht seit 8 Monaten fort. Neumann.

Mac Alpine, K. K. (New-York), Mittel zur Erleichterung schmerzhafter Mastdarmaffektionen. (Port-Graduate Bd. 27, Nr. 5.)

Mac Alpine rät, bei hervorgetretenen und eingeklemmten inneren Hämorrhoiden, die nicht ohne weiteres reponiert werden können, zunächst eine Morphium-Atropin-Injektion zu machen, dann die einzelnen Knoten mit Gazestreifen zu umgeben, die in 1% Karbollösung getränkt sind, und unter dem Druck einer T-Binde Aufschläge mit der gleichen Lösung zu machen. Hat der Kranke so mit erhöhten Becken einige Zeit gelegen, so sind durch die Einwirkung der Karbolsäure die Hämorrhoiden kleiner und unempfindlich geworden, so daß sie reponiert werden können. Hierbei muß man sich hüten, auch äußere Hämorrhoiden in das Rektum zu schieben, da dies nur dazu führt, daß sie unter Schmerzen wieder geboren werden.

Bei thrombosierten Hämorrhoiden rät M., unter lokaler Anästhesie alsbald die Gerinnsel nach Inzision zu entfernen. Das beste Anästhetikum ist hier die in Amerika beliebte 1% Lösung von Chinin und salzsaurem Harnstoff, deren Wirkung zwar langsam auftritt, aber tagelang anhält.

Bei der Fissura ani zieht er die Zerreißung des Sphinkter der Inzision vor, weil letztere von stundenlangen Schmerzen gefolgt zu sein und die Heilung lange Zeit in Anspruch zu nehmen pflegt.

Fr. von den Velden.

Huitfeldt (Kristiania), Fibrolysinbehandlung bei Dupuytren'scher Kontraktur. (Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1912, Nr. 6.)

H. berichtet über zwei mit Fibrolysin behandelte Fälle von Fingerkontraktur, worunter einer besonderes Interesse bietet, weil er den spezifischen Einfluß des Thiosinamins auf das Narbengewebe deutlich sichtbar werden ließ. Die in der Handfläche vorhandenen Filtrate wurden nämlich schon nach einer Injektion viel größer und erschienen rot, das vorher schon bemerkte Jucken und Brennen in den von der Kontraktur betroffenen Partien nahm zu, eine alte Narbe, die lange bleich und flach gewesen war, schwoll an und rötete sich. Im Laufe der Zeit gingen die Erscheinungen zurück, und die subjektiven Beschwerden verschwanden. Nach 7 Injektionen konnte unter Lokalanästhesie vollständige Streckung des kontrahierten Fingers ohne Schmerzäußerung vorgenommen werden. Das Resultat muß als gut bezeichnet werden. Es wurde ebenso schnell erreicht, als wie es durch eine Operation möglich gewesen wäre, die außerdem mehrwöchentliche Arbeitsunfähigkeit des Patienten mit sich gebracht hätte, während die Fibrolysinbehandlung ohne Arbeitsunterbrechung durchgeführt wurde. Neumann.

Kawasoye, M., Experimentelle Studien zum künstlichen Ureterverschluß. II. Teil. (Aus der Univ.-Frauenklin. in Kiel.) (Zeitschr. für gyn. Urol. 1912, Bd. III, H. 4.)

Nachdem K. gefunden hatte, daß der einzig zuverlässige Verschluß des Ureters durch Knotenbildung und distale einfache Abbindung zu erzielen ist, hat er des weiteren Experimente über die anatomi-



schen Veränderungen an der Niere nach Ureterverschluß angestellt. Bei 10 Kaninchen wurde Knotenbildung, bei 5 nur lose Unterbindung gemacht; die Tiere wurden im Abstand von 22—70 Tagen getötet und die Nieren histologisch untersucht. Am zweiten Tag nach der festen Abbindung war eine starke venöse Hyperämie in der Niere zustande gekommen, bedingt wahrscheinlich durch den Druck der Nierenbeckenflüssigkeit auf die Vene. Am 4. Tag zeigte die Niere eine Verödung an der Stelle des stärksten Druckes, in der Nähe des Nierenbeckens, ferner fand sich eine Erweiterung der Bowmanschen Kapseln und der Harnkanälchen. Diese Erweiterung der Kapselräume und der Harnkanälchen nahm sodann mit der Zeit zu, es begann eine deutliche Wucherung des interstitiellen Bindegewebes, besonders in der Marksubstanz. Je mehr diese zunahm, desto mehr ging die Erweiterung der Harnkanälchen zurück. Die Veränderungen waren nicht gleichmäßig über die Niere verbreitet. Am längsten erhielten sich die Malpighischen Körper. Neben diesen Veränderungen nahm die Flüssigkeitsmenge in den Nierenbecken innerhalb der 70 Versuchstage konstant zu. — Bei der losen Abbindung des Ureters kam es nie zu einer Hydronephrose, wenigstens nicht innerhalb der 21 tägigen Beobachtungszeit. — Endlich untersuchte K. die Funktionstüchtigkeit der Nieren zunächst nach dem festen Ureterverschluß mit Hilfe der Indigkarminprobe nach dem Vorgang von Heidenhain. Es ergab sich, daß die Ausscheidungsfähigkeit für Indigkarmin sehr bald aufhört, nach 48 Stunden war sie verschwunden. — Wurde der Verschluß wieder gelöst, so erholte sich die Niere, wenn die Lösung innerhalb von 2 Tagen erfolgte. Nach 7 Tagen war die Regeneration unvollständig, nach 21 Tagen blieb sie ganz aus. R. Klien-Leipzig.

Carsten, J. H., Vermeidung des Operationsshocks. (Amer. Journ. of Obstetrico, Febr. 1912.)

Neben Selbstverständlichem findet sich hier die Vorschrift, am Schluß der Operation $2^{1}/_{2}$ Liter Salzwasser durch Klistier oder subkutane Injektion zu verabreichen — offenbar wirksam durch raschere Ausscheidung des Narkotikums — und dafür zu sorgen, daß während 24 Stunden der Operierte keinen Schmerz empfindet. Letztere Regel ist gewiß nicht ohne Bedeutung, da starker Schmerz allein imstande ist, Herzschwäche herbeizuführen. Fr. von den Velden.

Lengemann, P. (Bremen), Zur Plattfußbehandlung durch den praktischen Arzt. (Therap. d. Gegenwart 1912, Nr. 6.)

Lengemann ist mit Schanz, Bardenheuer, Drehmann usw. der Ansicht, daß die Abweichungen der Wölbungsform von der Norm in ca. 85 % der Fälle nicht so groß sind, daß sie exakte Einzelanfertigung der Schuhe nötig machen. Er empfiehlt daher auswärts wohnenden Ärzten Einsendung eines leicht herzustellenden Papiermodells des betreffenden Fußes: Über den Fuß des Patienten wird ein Strumpf oder Trikotschlauch gezogen, den man mit 2—3 Lagen von befeuchteten Gummipapierstreifen beklebt. Das Modell wird nach Art eines Gipsverbandes aufgeschnitten und versandt. (Es kann auch mit Gips ausgegossen werden, wenn man es nach dem Trocknen mit Wasserglas bestreicht.) Nach diesem Modell kann die passende Nummer von Lengemanns „Crispinstiefel“ (M. m. W. 1911, Nr. 18) ausgewählt, und nötigenfalls angefertigt werden. Esch.

Schepelmann, F. (Halle a. S.), Fraktur und Heißluft. (Zeitschr. für orthopädische Chirurgie.)

Nachdem man mittels der Heißluftbehandlung schnellere Resorption von Gelenkergüssen gesehen hatte, versuchte man die Frakturheilung auch durch Heißluft günstig zu beeinflussen. Verfasser ging nun daran, im Tierexperiment eine experimentelle Grundlage zu schaffen. Durch eine Reihe technisch schwieriger Versuche am Kaninchen wies er nach, daß die Heißluft nicht günstig beeinflußt die Kalluswucherung, daß demnach die Verwendung dieser Methode bei gewissen Pseudarthrosen nicht am Platze sei. Im Gegenteil, unter der täglich 2stündlichen Applikation von 80° Wärme



sah er, daß die Kallusmassen schneller resorbiert werden, demnach käme die Heißluftbehandlung als Nachbehandlung in Frage bei Fällen von abnorm starker Kalluswucherung, wie im besondern bei Gelenkfrakturen. Insbesondere war der experimentelle Nachweis sowohl im Röntgenbild, wie durch die Methode der Bloßlegung bei im Röntgenbild nicht sichtbarem Kallus insofern sehr wichtig, als durch Bier der Hauptwert auf die passive Hyperämie mittels Stauungsbinde gelegt wurde, wodurch infolge Stromverlangsamung weniger durch Sauerstoff reiches Blut die Regeneration beschleunigt wurde, während der aktiven Hyperämie, erzeugt durch Wärmeapplikation (resp. kurzdauernde Stauung), eine stärkere Resorption zugeschrieben wurde, aber diese Ansicht noch der experimentell exakten Bestätigung bedürfte.

Giesel-Darmstadt.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Sellheim, H. (Tübingen), **Die Tuberkulose in Gynäkologie und Geburtshilfe. (Der Frauenarzt 1912, Nr. 6.)**

Die lokale Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane verbreitet sich meist von den Eileitern aus auf dem Blut-, Lymph- und Sekretwege. Sie ist fast regelmäßig mit Bauchfelltuberkulose vergesellschaftet. Die Diagnose ist schwierig und oft nur bei genauester Betrachtung aller Beziehungen zur Umgebung und zum ganzen Organismus und seiner Vorgeschichte möglich, namentlich kommt dabei eine gewisse mangelhafte Allgemeinentwicklung in Betracht. Pathognomonisch für Tuberkulose sind die Hegarschen Knötchen an den Ligamenten und der hinteren Uteruswand. Unter Umständen kann die Probekurettage und mikroskopische Untersuchung der Schleimhaut zum Ziel führen. Das Tuberkulin hat sowohl diagnostisch wie therapeutisch versagt.

Die Behandlung hat außer den allgemeinen Maßnahmen wie Liegekur und Diät für lokale Hyperämie zu sorgen: Wärme in jeder Form, warme Duschen, Packungen mit Schmierseife, Spiritus, Jodpinselung. Die Frage der operativen Behandlung richtet sich u. a. nach den sozialen Verhältnissen der Patientin, sie kommt in Betracht, wenn keine Neigung zum Stillstand oder zur Schrumpfung vorhanden, schnelles Fortschreiten, stete Rückfälle, Abszesse, Darmverwachsungen, Fieber auftreten. Sie ist kontraindiziert bei gleichzeitiger florider Tuberkulose anderer Organe, zu ausgedehnter Lokalisation usw. Röntgenstrahlen erscheinen unwirksam.

Hinsichtlich der ärztlichen Regulierung der Beziehungen zwischen Schwangerschaft und Tuberkulose betont S., daß aktiv tuberkulöse Frauen Schwangerschaft zu vermeiden haben, daß bei aktiv tuberkulösen Schwangeren die Gravidität möglichst früh zu unterbrechen und daß bei inaktiver Tuberkulose nur eine schonende Betätigung der Fortpflanzung zulässig ist. Das Stillen ist bei aktiv Tuberkulösen zu verbieten, bei inaktiv Tuberkulösen nur mit äußerster Vorsicht zu gestatten. Esch.

Teilhaber, A., Zur Lehre von den Ursachen und der Behandlung der Karzinome der weiblichen Genitalien. (Arch. f. Gyn. 1912, Bd. 96, Heft 3.)

Bekanntlich verficht Th. die Theorie des „Narbenkrebses“, d. h. er ist der Ansicht, daß ganz vorwiegend in narbigen Gebieten Karzinome sich entwickeln. Daran sei vor allem die schlechte Blutversorgung solcher Gegenden schuld; diese gleiche Ursache macht er auch verantwortlich für das häufige Auftreten von Genitalkrebsen beim Weibe im Klimakterium, wo in kurzer Zeit einsetzende gewaltige Reduktionen der Gewebsernährung sich vollziehen. Bei der Zervix uteri hat Th. direkt histologisch eine mehr oder weniger starke Gefäßobliteration in der Umgebung des Karzinoms nachgewiesen. Je mehr Geburten, desto mehr stenosierte Gefäße in der Zervix. Damit in einer solchen Zervix ein Karzinom entstehe, sind nach Th. noch qualitative Veränderungen des Blutes notwendig, eine Verringerung „der mesodermalen Wachstumsstoffe“. Daß ein Karzinom an einer Stelle entstehe, an der keine ausgebreitete Stenose der Gefäße vorhan-



den ist, hält Th. für höchst unwahrscheinlich. Narben analog seien chronische Entzündungsvorgänge zu bewerten, so z. B. chronische Gonorrhoe hinsichtlich Entstehung eines Korpuskarzinoms. — Diese Theorien überträgt Th. nun des weiteren auf das operative Vorgehen beim Karzinom. Man müsse vor allem die Bildung ausgedehnter Narben und schlechte Ernährung des Operationsgebietes vermeiden. Darum sei es fraglich, ob das moderne möglichst radikale Operieren für alle Fälle richtig sei. Man bedenke, daß z. B. bei der Radikaloperation wegen Uteruskrebs außer vielem Narbengewebe auch noch dadurch eine möglichst schlechte Ernährung des ganzen Gebietes herbeigeführt werde, daß die monatliche Durchblutung wegfalle. Th. ist der Ansicht, daß Rezidive, die erst nach mehreren Jahren auftreten, kaum auf zurückgelassene und latent gelegene Herde zurückzuführen seien. Das würden wohl neue, im Narbengewebe entstandene Herde sein. Andererseits könne man kaum daran zweifeln, daß viele bei der ersten Operation zurückgelassene Krebskeime resorbiert würden. Th. weist sodann auf die z. T. recht bescheidenen Dauererfolge der radikalen Krebsoperation hin, und im Gegensatz dazu auf die schier vergessenen, ihnen beinahe ebenbürtigen Resultate, welche Schröder u. a. seinerzeit mit der partiellen Exstirpation der krebsigen Zervix gehabt haben, ganz besonders wenn dieselbe mit dem Glühmesser ausgeführt wurde. Um nur eine Zahl zu zitieren, waren von den (vaginal) Totalexstirpierten nach 4 Jahren alle tot oder rezidiv, von den Amputierten lebten noch 41 % rezidivfrei, und das hatte seinen Grund nicht etwa darin, daß nur bei vorgeschrittenen Fällen die Totalexstirpation gemacht worden ist. Um auch eine Zahl für die abdominale Totalexstirpation anzuführen, betrug die Dauerheilung bei Jacobs 0 %! Nun gar erst die Drüsenexstirpation: Jacobson hat berechnet, daß von 2765 abdominal radikal Operierten nur 18 Fälle geheilt wurden, in denen karzinomatöse Drüsen mit entfernt wurden. — Th. will die Portiokarzinome künftighin wieder partiell mit dem Glüheisen operieren. Nur bei den Zervixkarzinomen, von denen wir beginnende Fälle kaum zu sehen bekämen, sei die radikale Operation vielleicht aussichtsreicher. Auch bei den palliativen Operationen sei das Glüheisen ausgiebigst, mehrmals zu verwenden. — Beim Mammakarzinom werden noch immer $^4/_5$ rezidiv, trotz ausgedehntester Operation; eine große Anzahl der Rezidive treten aber erst sehr spät ein, nach Jahren. Sollten in solchen Fällen immer Krebskeime zurückgeblieben sein und so lange geschlummert haben?

R. Klien-Leipzig.

Walter, H. (Giessen), **Blutungen in der gynäkologischen Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Hämostyptica.** (Der Frauenarzt 1912, Heft 3 u. 5.)

Walther gibt dem praktischen Arzt eine ausführliche Darstellung derjenigen gynäkologischen Affektionen, die zu Blutungen führen und ihrer Behandlung, so weit sie für den Praktiker in Betracht kommt. Im Anhang befindet sich ein Auszug aus der Pharmakopöa gynäkologika.

Esch.

Teilhaber, A. u. **Edelberg, H., Die Beziehungen der Fortpflanzungsvorgänge zu den Geschwülsten der weiblichen Geschlechtsorgane.** (Archiv für Gyn. 1912, Bd. 96, H. 1.)

Verfasser suchen auf Grund statistischen Materials (eigenes, der Münchener Frauenklinik u. a.) verschiedene Fragen über die Beziehungen der Generationsvorgänge zu der Genese der Geschwülste der weiblichen Geschlechtsorgane zu beantworten. Betreffs des Zervixkarzinoms kommen sie zu dem Schlusse, daß das Geburtstrauma die hauptsächlichste ätiologische Rolle dabei spiele; von den an Zervixkarzinom Erkrankten waren nur 2,9 % Nulliparae, durchschnittlich hatten sie 4,8 Kinder. Verfasser kommen dann auf die schlechte Blutversorgung der lädierten Zervixpartien zu sprechen, worin Th. bekanntlich ein Hauptmoment für Karzinambildung sieht. Gute Blutversorgung soll umgekehrt einer Karzinombildung ungünstig sein. — Das Korpuskarzinom fanden Verfasser häufiger bei Nulli-



paren auftreten und in höherem Alter. Von den an Eileiterkrebs erkrankten Frauen hatten 3/4 gar nicht oder nur einmal geboren. Als ätiologisches Moment ziehen hierzu Verfasser eine chronische, meist gonorrhoische Entzündung heran. Auch der Eierstockkrebs war bei Nulliparen und bei Frauen mit wenig Kindern häufiger als bei Mehr- und Vielgebärenden. — Je seltner eine Frau geboren hat, desto mehr soll sie fürchten müssen, einen Brustkrebs zu bekommen. — Als Prophylaxe gegen das Zervixkarzinom sollen alle Zervixrisse, seien sie jung oder alt, exakt durch Naht event. nach vorheriger Anfrischung geheilt werden. R. Klien-Leipzig.

La Torre, Felice (Rom), Über die histologischen Veränderungen der Gewebe des Uterus unter der Wirkung von als uteruskontraktionserregend betrachteten Substanzen (Gynäkolog. Rundschau 1912, Heft 10.)

Die Untersuchungen des Verfassers hatten den Zweck, festzustellen, ob die kontraktionserregende Wirkung einer Reihe uteriner Blutstillungsmittel anatomisch nachweisbar sei. Von Hündinnen in verschiedenen Perioden des geschlechtlichen Lebens wurden unter normalen Verhältnissen und nach Behandlung mit den betreffenden Substanzen der Uterus präpariert, mikroskopische Schnitte hergestellt und der Zustand der Gewebe genau geprüft. Die Resultate sind durch zahlreiche der Arbeit beigegebene Abbildungen und Histophotographien illustriert. Sie sind teilweise auch von praktischer Bedeutung.

Interessant ist in erster Linie die Wirkungsverschiedenheit zwischen dem Ergotin und dem Stypticin: das erstere wirkt auf die Gesamtheit der muskulären Elemente ein und bewirkt eine Kontraktion oder Retraktion in zentrifugaler Richtung, eine Tetanisierung derselben und eine Dilatation der Uterushöhle und der Gefäßlumina; das zweite wirkt fast ausschließlich auf die muskulären Elemente der Gefäße ein und bewirkt eine Kontraktion der Gefäße und einen mehr oder minder vollständigen Verschluß ihres Lumens. (Demnach würde also das Stypticin keine kontraktionserregende Wirkung auf die Uterusmuskulatur selbst ausüben, wie hin und wieder von den Cotarninderivaten angegeben wurde.)

Ferner verhindert das Ergotin den Blutzufluß nach der Schleimhaut dadurch, daß die Gefäße, welche durch die innere Muskelschicht verlaufen, eingeschnürt werden; das Stypticin beschränkt die der Schleimhaut zuströmende Blutmenge dadurch, daß die großen Gefäße mehr oder minder vollständig verschlossen werden.

Hydrastinin, Viburnum und Gelatine führen nur geringe und wenig charakteristische Modifizierungen herbei.

Verfasser hält Hydrastinin und Viburnum für nützlicher, da sie eine Einbuchtung und dadurch teilweisen Verschluß der Uterusgewebe bewirken. Eine Mischung von Hydrastinin, Viburnum und Ergotin vereinigt deren Wirkungen, es kommt leichte Reduzierung der Muskelmasse und besonders der inneren Schicht zustande, so daß das Blut nicht mehr zur Schleimhaut zufließt und die Blutung aufhört.

Esch (Marburg), Bewirkt das Kind während des intrauterinen Lebens eine Überempfindlichkeit bei der Mutter? (Centralbl. f. Bakt. Bd. 64.)

Verfasser kommt zu dem Schlusse, daß eine Überempfindlichkeit der Mutter, bedingt durch das Kind während des intrauterinen Lebens, einstweilen nicht nachzuweisen ist. Schürmann.

Roeder, Bruno, Zur Behandlung der Eihautretentionen. (Aus d. Alexandra-Stift in Petersburg.) (Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn. 1912, Heft 6.)

Auf 13986 Geburten kamen 1476 Fälle von Eihautretention, d. h. in 10,5 % aller Fälle wurden die Eihäute retiniert, und zwar 672 mal bei Erst- und 804 mal bei Mehrgebärenden. 1307 Fälle wurden passiv, 169 aktiv behandelt. D. h. in den 1307 passiv behandelten Fällen gingen die retinierten Eihäute 737 mal spontan ab, resp. wurden früher oder später vor der Vulva mit Köberles gefaßt und herausgedreht; 570 mal verblieben sie



zunächst in utero, d. h. sie haben sich aufgelöst oder sind unbemerkt abgegangen. — 169 mal wurden die Eihäute digital oder instrumentell, meist mit folgender Lysolalkoholspülung entfernt, selten wurde kürettiert. Welches war das Resultat? Die Morbidität betrug bei konservativer Behandlung nur $13^1/_2$ %, bei den post partum ausgeräumten Fällen 20 %, bei den wegen Fieber im Wochenbett ausgeräumten Fällen gar 78 %. Bei konservativer Behandlung erkrankten schwer 1,1 %, bei aktiver $26^1/_2$ % Die Sterblichkeit war bei aktiver Behandlung $15^1/_2$ mal größer als bei konservativer. Demnach laute die Devise: Fort mit jeder intrauterinen Therapie bei Eihautverhaltung! Die einzige Ausnahme würde durch eine bedrohliche Blutung veranlaßt sein können, die aber infolge einer Eihautretention allein nur sehr selten vorkommen wird. Wichtig ist die Prophylaxe: abwartende Behandlung der Nachgeburtsperiode. R. Klien-Leipzig.

Schürmann, E. (Barmen), Nochmals zur Gazeausstopfung des kleinen Beckens nach abdominalen Karzinomoperationen. (Der Frauenarzt 1912, Nr. 6.)

Schürmann tritt von neuem für die von ihm (Zentralbl. f. Gyn. 1910, Nr. 30) empfohlene Methode ein. Seine Ausführungen sind von Interessenten im Original nachzulesen. Esch.

Jung, Über Thrombose und Embolie im Wochenbett. (Aus der Univ.-Frauenklin. in Straßburg.) (Arch. f. Gyn. 1912, Bd. 96, H. 2.)

Unter 10000 Geburten der Straßburger Klinik kamen 81 Fälle von puerperaler Thrombose vor. Während sich nur bei 27 % aller Gebärenden Varizen an den Beinen oder den großen Labien fanden (von diesen waren 28 % Erst-, 72 % Mehrgebärende), litten von den 81 thrombotischen Frauen 54 an Varizen. Gerade diese Varizen gehen meist mit Endothelschädigungen einher, und in diesen sieht J. neben der Zirkulationsstörung den Hauptfaktor für die Entstehung der Thrombose, die auch ganz überwiegend bei Mehrgebärenden zur Beobachtung kam (74 %). Die Thrombosen der Vena saphena fallen meist ins Frühwochenbett, die der Vena femoralis ins Spätwochenbett, die der Beckenvenen stehen in der Mitte. Wenn auch im allgemeinen beide Seiten gleich oft befallen wurden, so überwog bei der Saphenathrombose die rechte, bei der Femoralisthrombose die linke Seite. Operative geburtshilfliche Eingriffe, Blutungen, Infektionen, schwere Allgemeinerkrankungen, lange Dauer der Austreibungsperiode disponieren zu Thrombose, desgleichen schon einmal überstandene Thrombose. Schenkelvenenthrombosen haben meist Fieber, aber es gäbe keine einwandfreien prämonitorischen Symptome. Die Prognose der Saphenathrombose sei meist gut, die der tiefer liegenden Venen zweifelhaft, wegen event. Lungenembolie.

R. Klien-Leipzig.

Zweifel, P., Über den Aderlaß bei der Behandlung der Eklampsie. (Arch. f. Gyn. 1912, Bd., H. 1.)

Z. weist historisch nach, daß der seinerzeit bei Eklampsie mit recht guten Erfolgen allgemein angewendete Aderlaß nur durch das autoritative Eintreten C. Schröders für die ganz unbewiesene Theorie von Traube-Rosenstein, das Blut Eklamptischer sei verwässert, in Deutschland verlassen worden ist. Die guten Erfolge des sekundären Aderlasses, d. h. wenn die Krampfanfälle nach der Entbindung noch fortdauerten, haben Z. aufs neue zu ausgedehnten Versuchen auch mit dem primären Aderlaß veranlaßt, den er zugleich mit der Stroganoffschen Behandlung verbindet. Die Zahlen sind noch zu klein, um Schlüsse zu erlauben. Jedenfalls haben aber die bisherigen Untersuchungen des spezifischen Gewichtes und des Wassergehaltes des Blutes Eklamptischer bereits zur Evidenz erwiesen, daß das Blut Eklamptischer nichts weniger als verwässert ist. Z. fand, daß das durchschnittliche spezifische Gewicht des Blutes Eklamptischer 1054,5, der Wassergehalt 798,9 p. M. beträgt. Für nicht schwangere Frauen fand Nasse 1054,5—1055,7 resp. 802,4. Für das Blut schwangerer



Frauen der letzten Monate fand Nasse 1051,3, von Kreißenden 1053,3. Z. fand für gesunde Schwangere 1053,6 resp. 799,9; für ödematöse Schwangere 1050,8 resp. 814,2; bei einer schwangeren Nephritica 1057,3 resp. 795,9. — Auch in Frankreich wendet man neuerdings den Aderlaß bei Eklampsie wieder häufiger an, und zwar mit gutem Erfolge.

R. Klien-Leipzig.

Fleischhauer, Hans, Zur Diagnose und Therapie der Pyelitis gravidarum. (Aus der Univ.-Frauenklin. in Kiel.) (Zeitschr. für gyn. Urolog. 1912, Bd III, Heft 4.)

Bericht über 10 Fälle, die auch bakteriologisch untersucht sind. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Gallenblasenaffektionen und stielgedrehte Ovarialtumoren, vor allem Appendizitis und Pneumonie. Letztere war anfänglich unter den beschriebenen Fällen 3 mal angenommen worden; doch ist bei Pyelitis Puls und Atmung meist weniger frequent als bei Pneumonie, auch fehlen Husten und Auswurf. Ausschlaggebend ist der Urinbefund, der bei allen fieberhaft erkrankten Schwangeren, auch bei Fehlen von Blasensymptomen, erhoben werden sollte. Die Kolipyelitiden scheinen im allgemeinen gutartig und therapeutisch aussichtsreich zu sein, Staphylo- und Streptokokkeninfektionen sind viel ernster zu beurteilen. Einmal wurde bei einer solchen ein paranephritischer Abszeß beobachtet. Jedoch kommen auch bei Koliinfektion hartnäckige Rezidive vor. — Die Therapie der Schwangerschaftspyelitis hält die Mitte zwischen konservativem und radikalem Vorgehen. Nierenbeckenspülungen haben sich auch an dem vorliegenden Material von großem Wert erwiesen. Fünfmal wurde so das normale Ende der Schwangerschaft erreicht, 5 Fälle wurden geheilt. — Bei gleichzeitig bestehenden Herden im Nierenparenchym komme nicht die Einleitung der künstlichen Frühgeburt in Frage, sondern die Nephrotomie.

R. Klien-Leipzig.

Psychiatrie und Neurologie.

Seltene schwere Alkoholerkrankungen. In der Sitzung des ärztlichen Vereins in Hamburg stellte Nonne einen 46 jährigen hochgradigen Alkoholiker vor. Er zeigt Koordinationsstörung an den unteren Extremitäten vom Charakter der spinalen Ataxie. Sonstige Zeichen einer spinalen oder zerebralen organischen Erkrankung fehlen. Der Patient hatte sich früher luetisch infiziert. Es frägt sich demnach, ob eine postluetische oder alkoholische Ataxie vorliegt. Nonne kommt auf Grund der Untersuchung zu dem Schlusse, daß es sich um die selten vorkommende isolierte, alkoholisch bedingte Ataxie handelt. Nonne, dem jährlich etwa 800 Nervenerkrankungen zu Gesicht kommen, sah nur zwei solcher Fälle.

Ferner zeigt Nonne einen Alkoholiker, bei dem vor vier Jahren wegen beiderseitiger Pupillenabblassung und hochgradiger Sehstörung die Diagnose Tabes incipiens gestellt worden war. Er ist jetzt zentralblind. Die Peripherie des Gesichtsfeldes ist ziemlich intakt. Trotz früherer Lues handelt es sich um keine Tabes. Die Erkrankung ist eine Folge des Alkoholismus.

Zum Schlusse zeigt Nonne die normalen Rückenmarkspräparate eines an Alkoholismus chronicus gravis zugrunde gegangenen Kranken. Es hatte bei ihm eine echte reflektorische Pupillenstarre bestanden. Es ist demnach anatomisch bewiesen, daß reflektorische Pupillenstarre allein durch Alkoholismus bedingt sein kann. Andere somatische Nervensymptome waren nicht nachzuweisen gewesen. Anamnese und Untersuchung auf Syphilis waren negativ. Mediz. Kl. 1912, Nr. 1.

Bernheim (Nancy), Des myélites et névrites d'origine émotive. (Bull. méd. 1912, Nr. 35, S. 441—444.)

Als Gegenstück zu der Hast vieler junger Leute, die ihre Einfälle und Beobachtungen nicht schnell genug gedruckt sehen können, verarbeitet der emeritierte Professor von Nancy, Bernheim, in der Muße des Alters



die klinischen Bilder und Eindrücke eines reichen Lebens und gewährt uns in gelegentlichen Kabinettstücken einen Einblick in seinen Gedankenkreis. Mit besonderer Vorliebe verweilt er bei den Störungen des Nervensystems. Diesmal macht er es an der Hand einiger scharfskizzierter Krankengeschichten plausibel, daß entzündlich-degenerative Prozesse sowohl an den peripheren Nerven wie am Rückenmark die Folge von psychischen Traumen sein können. In den 6 Fällen, welche er mitteilt, lagen Zeiträume von 2 Wochen bis zu 7 Monaten zwischen dem Trauma und den ersten paralytischen Erscheinungen, Zeiträume, welche durch Depressionszustände aller Art ausgefüllt waren. Irgendwelche Schädlichkeiten hatten mithin eingewirkt; aber welcher Art diese waren, ist nicht exakt zu beweisen. Bernheim selbst neigt zu Autointoxikationen und weist auf die Kreatinin-Ausscheidungen hin, welche nach Roux und Taillandier bei Neurasthenikern entsprechend ihren Depressionszuständen geringer werden, also auf Retentionsvorgänge hindeuten. Solche neurasthenische Toxämien — im allgemeinen passagerer Natur — könnten unter bestimmten Umständen konstitutionell werden, analog den Vorgängen bei dem Arthritismus, Saturnismus, Alkoholismus.

Die Vorstellung eines Mannes wie Bernheim verdient natürlich alle Beachtung und wird, da im Zug der Zeit liegend, sicherlich vielerorts Zustimmung finden. Indessen man kann bei konsequentem Weiterforschen die Kette der Kausalitäten immer noch um ein Glied weiter zurückverfolgen, und es bleibt dem individuellen Geschmack überlassen, an welchem er Halt machen, sich zufrieden geben will. Nach meinem Empfinden führen alle die möglichen Kausalitätsreihen schließlich zu einem komplizierten Maschengewebe zahlreicher Grundfunktionen, deren Ineinandergreifen wir: Leben nennen. Bei allen von Bernheim zitierten Fällen handelt es sich um weibliche Individuen, die schon vor den Traumen impressionabel gewesen waren. Daß hier das Maschen- oder, wie Liebig sagte, kunstvoll geknotete Netzwerk der Grundfunktionen leichter und nachhaltiger in Unordnung kommt, als das normaler Menschen, und daß es dabei ziemlich nebensächlich ist, von welcher Grundfunktion aus die Störung bedingt ist, erscheint mir leicht verständlich. Indessen, streiten kann man darüber nicht; denn Standpunkte sind nicht raisonabel. Buttersack-Berlin.

Ruch, F. (Vevey), Einige Bemerkungen über Neurasthenie und ihre psychische Behandlung (de quelques avatares de la neurasthénie et de son traitement moral). Genf-Paris, A. Maloine, éd. 1912. 113 Seiten.)

„Die großen Gedanken kommen aus dem Herzen; besser, hilfreicher werden Kopf und Hand an diesem Werke arbeiten, wenn Sie sich ein warmes Gefühl für das Unglück bewahrt haben.“ — Mit diesen Worten schloß der unvergeßliche W. Griesinger seine Rede zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik in Berlin am 2. Juni 1867. Fast ein halbes Säkulum ist seitdem verflossen, aber der Appell an das Gefühl ist scheinbar ins Leere verhallt. Wir züchten Ärzte mit enormen Kenntnissen, wir sehen die ärztliche Kunst — wenigstens die offizielle — ganz auf exakte Untersuchungen basiert, aber wir begegnen dem warmen Hauch des Gefühls kaum je, und wenn überhaupt, dann nur ganz schüchtern.

Um so dankbarer muß deshalb ein Buch begrüßt werden, welches die gemütliche Wirksamkeit des Arztes an die erste Stelle rückt. Das moderne Leben — so ungefähr ist sein Gedankengang — stellt an alle Menschen dauernd große Anforderungen, und es ist eigentlich wunderbarer, wenn einer dabei im psychischen Gleichgewicht bleibt, als wenn er Neurastheniker wird. Die Gesundbleibenden mögen sich nichts auf ihr Nervensystem einbilden; ihr Verdienst ist es nicht, von psychisch gesunden Eltern abzustammen oder durch die Gunst des Schicksals vor allzu herben Erschütterungen bewahrt geblieben zu sein. Wohl aber haben sie die Pflicht, den Opfern des Kampfes ums Dasein mit herzlicher Menschenliebe beizustehen: nous pourrons, avec un peu de bonté et de charité, leur apporter le réconfort moral. Instinktiv sucht jeder in den Momenten, in welchen



sein psychisches System ins Wanken kommt, nach Anlehnung bei Verwandten oder Freunden. Es gäbe weniger Neurasthenie auf der Welt, wenn in solchen Momenten wirkliche Freunde stützend beisprängen, wenn das Prinzip der gegenseitigen Hilfe unter den Menschen ebenso ausgebildet wäre wie bei den Tieren. Allein wir wissen alle, wie eine verblendete Rivalität diesen angeborenen Trieb dermalen unterdrückt hat, wir wissen alle, daß das Wort Freundschaft nur noch wie ein Klang aus fernen Zeiten zu uns herübertönt.

In solchen Fällen, wenn die Bekannten, Verwandten, ja sogar die Gatten versagen, muß der Arzt eingreifen. Er muß die verwirrten Fäden des Seelenlebens wieder zurechtlegen, die zerrissenen wieder anknüpfen und so ein neues, haltbares, widerstandsfähiges psychisches Gewebe herstellen. Wie er das im einzelnen Falle bewerkstelligt, ist Sache des Taktes und der Kunst. Aber jeder wird einsehen, daß psychischen Schäden nicht mit physikalischen oder chemischen Mitteln beizukommen ist, sondern eben auch nur mit psychischen Faktoren, für welche allerdings Duschen und Pillen gelegentlich als Träger dienen können.

Die psychische Insuffizienz kann sich natürlich im Bereiche eines jeden Systems äußern. Mit großer Diskretion bespricht Ruch die Impotenz und mit Ausführlichkeit die nervösen Dyspepsien. Solche faux malades de l'estomac sind viel häufiger als man denkt, und mit feiner Ironie behandelt R. die Bestimmungen der HCl, der Magen-Motilität, die Gastroptosen usw., um zu zeigen, wie nebensächlich diese Dinge sind, wenn es sich um einen nervösen Patienten handelt.

Wenn man heute als Attribute eines tüchtigen Arztes Mikroskop, Hörrohr und Zentrifuge betrachtet, so fügt Ruch dem noch die Schriften von Seneca, Fénélon, Bossuet, also die stoische Weltanschauung bei. Die Exakten werden darüber lächeln. Aber so lange sie trotz exaktester Untersuchungen noch so und so viele Menschen ungeheilt ihrem Schicksal überlassen müssen, so lange hat die psychische Therapie ihre Existenzberechtigung. Denn eine Psyche existiert wirklich, sie übt tatsächlich die größten Wirkungen auf den Körper aus, und nur der lehnt sie ab, der die Kunst, sie zu verwenden, nicht kennt. Artem non odit nisi ignarus.

Buttersack-Berlin.

Augenheilkunde.

Stöwer (Witten), Über tuberkulöse Netzhauterkrankungen.

Bei Netzhauterkrankungen muß man an Tuberkulose als mögliche Ursache des Leidens denken. Außer vorübergehenden Veränderungen der Netzhautgefäßwandungen und weißen Herden der Netzhaut kommen auch Abhebungen der Netzhaut als Folge der Tuberkulose vor, die im Anschluß an eine Tuberkulinbehandlung eine entschiedene Neigung zur Ausheilung unter dem Bilde der Striae retinae haben. Die Verwendung des Tuberkulins ist für die Diagnose und Therapie bei tuberkulösen Netzhauterkrankungen anzuraten.

Schürmann.

Kaz, R. (St. Petersburg), Sublimatverband und Dionin als Ersatzmittel für operative Eingriffe am Auge. (Wochenschr. f. Therapie u. Hygiene des Auges 1912, Nr. 37.)

Sublimat und Dionin haben bei entgegengesetzten Wirkungen auf das Auge das gemeinsam, daß sie operative Eingriffe am Auge ersetzen. Das Dionin — die subkonjunktivalen Einspritzungen, deren therapeutischer Effekt wohl hauptsächlich auf der Lymphtreibung beruht, der Sublimatverband — die wiederholte Inzision der chemotischen Bindehaut. Da Sublimat zugleich aufsaugend und antiseptisch, und Dionin nicht nur resorbierend, sondern auch schmerzstillend wirkt, bieten sie auch für ernstere Operationen Ersatz; ja sie können sogar die Enukleation ersparen. Durch den Sublimatverband werden perforativ verletzte Augen mit beginnender Panophthalmie er-



halten, durch das Dionin degenerativ glaukomatöse Augen mit unerträglichen Schmerzen. Kasuistische Schilderung von 2 Fällen: 1. Fortgeschrittenes Glaukom mit Hypopyonkeratitis, die jeder Behandlung trotzten; Enukleation verweigert. Auf Dionin-Eserin außerordentlich schnelle und dauernde Besserung. 2. Eiterige Iridocyclitis als Folge einer Stichverletzung; gelb tingierte Vorbuchtung der Lederhaut, eitrig-fibröses Exsudat in der Vorderkammer; auf Sublimatverband in 4 Tagen Verschwinden des Exsudats, in 3 weiteren Tagen normales Aussehen der Skleralnarbe. — Die eiterfortschaffende Wirkung des Sublimatverbandes verdient bei infizierten Bulbusverletzungen mehr Berücksichtigung. Neumann.

Stenger (Königsberg), **Über die endonasale Behandlung von Augenerkrankungen auf Grund der neueren endonasalen Operationsmethoden.** (Aus der Kgl. Univ.-Ohrenklinik. (Therap. d. Gegenwart 1912, Nr. 6.)

Stenger betont die große Rolle, die die Beschaffenheit der Nase und ihrer Nebenhöhlen bei der Entstehung von Augenerkrankungen spielt. Dieser Einfluß ist bedingt durch die topographisch-anatomische Lage, die unmittelbaren Verbindungswege (Tränennasenkanal) und endlich durch nervösreflektorische Einwirkung. Die einzelnen in Betracht kommenden Affektionen werden, z. T. an der Hand von Krankengeschichten besprochen. Esch.

Cohn, Paul (Berlin-Charlottenburg), **Über die Behandlung des Tränenträufelns mit lokalen Einspritzungen von Fibrolysin.** (Wochenschr. f. Therapie u. Hygiene des Auges 1912, Nr. 34.)

Die wenigen bisher veröffentlichten Erfahrungen über Fibrolysin-Anwendung bei Tränenträufeln bezw. Stenose des Tränenkanals erfahren durch die Ergebnisse einer größeren Versuchsreihe Cohns bemerkenswerte Ergänzung. Das Fibrolysin wurde lokal verwendet, indem mittels gebogener Platin-Iridiumkanüle ca. 1 g einer Mischung von Fibrolysin und 2% Kokainlösung durch das etwas geschlitzte untere Tränenröhrchen an den Ort der Stenose gebracht wurde. Von 20 behandelten Augen sind 13 völlig geheilt (völliges Aufhören des Tränenträufelns) und 7 erheblich gebessert (beträchtliche Herabminderung des Tränens). Die ungefährliche, schmerzlose und unschwer durchzuführende Methode gewährleistet sicheren Erfolg und wird daher zur Nachprüfung empfohlen. Neumann.

Hals-, Nasen- und Ohrenleiden.

Brown, H. B. New-York), **Zwei Fälle von Mittelohrschwindel durch lokale Behandlung geheilt.** (Port-Graduate Bd. 27, Nr. 5.)

Manche behaupten, daß vom Gehörorgan ausgehender Schwindel stets auf Läsion des Labyrinths beruhe, andere, daß sein Ursprung auch im Mittelohr liegen könne. Die beiden mitgeteilten Fälle zeugen für letztere Ansicht. Bei der Untersuchung mit Stimmgabeln und mit Rotation ergab sich kein Anhalt für Labyrintherkrankung, der Befund war überhaupt gering, etwas eingezogene Trommelfelle, trockene und verengte Tuben. Nach Behandlung mit Nasenduschen blieben die Tuben offen und der Schwindel verschwand. —

Freilich ist denkbar, daß der Schwindel gar nichts mit den Ohren zu tun hatte, sondern anderen Ursprungs war, z. B. mit der Verdauung oder den Augen zu tun hatte. Warum die geringen, so außerordentlich häufigen Veränderungen der Tuben und Trommelfelle in diesen beiden Fällen mit Schwindel einhergingen, ist jedenfalls, wie auch Brown zugibt, durchaus dunkel. Fr. von den Velden.

Brown, H. B. (New-York), **Die Gehörgangsfurunkel.** (Port-Graduate Bd. 27, Nr. 5.)

Aus dem Vortrag seien nur einige interessante Punkte hervorgehoben. Ganz im Anfang der Erkrankung ist zuweilen Abortivbehandlung durch lokale Blutentziehung (früher gebrauchte man Blutegel) oder durch Anfüllung des Gehörgangs mit Quecksilber- oder Zinksalbe wirksam. Soll inzidiert werden, so kann Anästhesie durch Einlegen eines mit Karbolsäure,



Menthol und Kokain zu gleichen Teilen getränkten Wattebauschs erreicht werden; derselbe muß 20—25 Minuten liegen. Fr. von den Velden.

Hautkrankheiten und Syphilis.
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Krulle, Das Syphilisdiagnosticum von Dungern. (Arch. für Dermatologie und Syphilis, Bd. 113.)

In der vorliegenden Arbeit ist zum ersten Male von militär-ärztlicher Seite über die Verwendbarkeit der modifizierten Wassermannschen Reaktion nach v. Dungern berichtet. Bei genügender Zuverlässigkeit könnte dieses vereinfachte Verfahren für den Gebrauch in kleineren Lazaretten allerdings prädestiniert erscheinen. Verfasser beurteilt es auf Grund 1½ jähr. Verwendung recht günstig. Unter 155 Untersuchungen waren 8 Resultate nicht verwertbar, da sich in der Kontrollprobe nicht genügende Lösung einstellte, wofür technische Fehler verantwortlich gemacht werden. Sonst hat sich das Diagnostikum sehr gut bewährt. Bei vorhandener Lues trat die Reaktion prompt ein; bestand keine Lues, war der Ausfall stets negativ. Gelegentliche Nachprüfungen mit der Original-Wassermann-Methode ergaben übereinstimmende Resultate. Das v. Dungernsche Verfahren ist einfach und von jedem Arzte ohne große Vorkenntnisse ausführbar.

Der Einfluß einer spezifischen Kur auf die Reaktion ist deutlich wahrnehmbar. Die Reaktion wird allmählich schwächer, d. h. die anfängliche Hemmung macht nach Stunden einer immer stärker werdenden Lösung Platz, bis am Ende der Kur die Lösung wie bei nicht syphilitischem Blute eintritt. Dieselbe Erscheinung zeigt sich nach Beendigung der Behandlung, in umgekehrter Reihenfolge, bis die Reaktion wieder positiv wird. Wie weit dieses An- und Abschwellen der Reaktion prognostisch und therapeutisch zu verwerten ist, will Verfasser nicht entscheiden.

Medikamentöse Therapie.

Eder (Berlin), Über ein leichtlösliches Schlafmittel aus der Veronalgruppe. (Aus G. Klemperers Abt. im Krankenh. Moabit.) (Therap. d. Gegenwart 1912, Nr. 6.)

Auch Eder bezeichnet das Luminal als ein wertvolles Mittel, das in Dosen von 0,2—0,4 den meisten Patienten tiefen Schlaf ohne Nebenwirkungen verschafft. Bei schmerzhaften Affektionen empfiehlt sich Kombination mit kleinen Morphindosen, bei Erbrechen, Deliranten usw. subkutane Injektion von ½—1 Spritze der Lösung 2,0 : 5,0 Aqua. Esch.

Focke (Düsseldorf), Folia digitalis titrata im Vergleich mit anderen Digitalispräparaten. (Therap. der Gegenwart 1912, Nr. 5, 6 u. 8.)

Focke gelangt in seiner ausführlichen Arbeit zu dem Resultate, daß bei manchen Drogen, vor allem bei der Digitalis, unsere Chemie an der von von der Pflanze geleisteten Arbeit nichts verbessern kann. Die kumulative und die magendarmreizende Wirkung stellen Charakteristiken dar, die nur durch die Verordnungsweise vermieden werden können, und da das alte Problem, die Digitalisblätter in ihrer natürlichen Kraft und in gleichmäßiger Wirkung zu konservieren, seit einigen Jahren gelöst ist, so liegt kein Bedürfnis vor, von den Fol. digit. titr. bezw. dem Digitalysat abzugehen. In Heft 8 weist F. eine Polemik des Pharmakologen der Golaz-Fabrik Burgmann zurück, die dem Dialysat Golaz Priorität und größere Konstanz vindiziert. Esch.

Schmid. F. (Augsburg), Gibt es brauchbare Quecksilberseifen? (Therap. d. Gegenwart 1912, Nr. 6.)

Schmid empfiehlt die, das alkalisch reagierende, oxyquecksilber-o-toluylsaure Natrium enthaltende Afridolseife, die zu etwa 85 % aus gesättigten Fetten besteht, sich also auch für solche Dermatosen eignet,



bei denen die Haut infolge gesteigerter Absonderung der Schweiß- und Talgdrüsen sehr fettreich und Salbenbehandlung kontraindiziert ist: Seborrhoea capitis, gewisse pedikulöse Ekzeme. Ferner wirkt sie gut bei Sykosis, Herpes tonsurans (Rasierseife), Akne; prophylaktisch gegen Weiterverbreitung der Furunkulose, zur Händedesinfektion usw. Esch.

Lampe, E. (Frankfurt a. M.), Glykoheptonsäurelacton bei Diabetes. (Therap. d. Gegenwart 1912, Nr. 6.)

Die durch Einwirkung von Blausäure auf Traubenzucker hergestellte Glykoteptonsäure stellt, wie Lampe in Übereinstimmung mit G. Rosenfeld fand, einen unschädlichen, völlig resorbierbaren, meist die Glykosurie herabsetzenden Süßstoff dar, der in Gaben von 30 g pro die meist gut vertragen wird und Wohlbehagen und Allgemeinbefinden günstig beeinflußt. Es bildet also eine wertvolle Bereicherung der Diabetikerdiät. Meister Lucius und Brüning bringen es unter dem Namen Hediosit in den Handel. Esch.

Walz (Meiningen), Über Cystopurin. (Therap. d. Gegenwart 1912, Nr. 6.)

Dem Cystopurin-Wülfing, einem Doppelsalz von Hexamethylentetramin und Natriumazetat, kommt nach Haedicke eine indirekt bakterizide Potenz durch Verschlechterung des Nährbodens und nach Bebert infolge der diuretischen Wirkung des Natriumazetats ein energischerer Effekt des unzerlegt gebliebenen Hexamethylentetramins auf die Blasenschleimhaut zu. Walz fand bei seinen Versuchen, daß das Cystopurin ein Harndesinfiziens ist, welches bei Gonorrhoe und damit verbundener Zystitis selbst in hartnäckigen Fällen eine ausgezeichnete Wirkung ohne Magendarm- oder Nierenstörungen entfaltet. Esch.

Brühl, G. (Berlin), Über Eisensajodin. (Therap. d. Gegenwart 1912, H. 6.)

Brühl empfiehlt statt des Jodeisensirups die Eisensajodintabletten, die 0,12 Jod und 0,03 Fe an Fettsäure gebunden enthalten. Schwärzen der Zähne und Verdauungsstörungen traten dabei nicht auf. Die Dosis betrug 2—3 Tabletten täglich. Esch.

Riedel, P. (Charlottenburg), Über Melubrin, ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum. (Therap. d. Gegenwart 1912, Nr. 5.)

Empfehlung des von Meister Lucius und Brüning dargestellten Antipyrinderivates, das besonders in Verbindung mit Acid. acetylosaliz. 1,0 : 0,5 bei akutem Gelenkrheumatismus gute Dienste ohne Nebenwirkungen leisten soll. Esch.

Fischer, Ph. (Nürnberg), Über Verordnung von Wasserstoffsuperoxydlösungen. (Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 20.)

Von pharmazeutischer Seite wird hier eine Frage erörtert, hinsichtlich deren tatsächlich manche Unklarheiten bei den Ärzten bestehen. Sie sind zunächst eine Folge der verschiedenartigen Konzentrationsangabe des Wasserstoffsuperoxyds, bald nach Gewichts-, bald nach Volumprozenten. Meistens wird ja wohl der Prozentgehalt als Gewichtsprozent aufgefaßt, es gibt aber sowohl Ärzte, wie Apotheker, die noch mit Volumprozenten rechnen. Sehr häufig mag daher eine viel schwächere Lösung dispensiert werden, als der verordnende Arzt beabsichtigte. Ein weiterer Grund für die herrschende Verwirrung ist die Existenz zweier verschiedener Handelswaren, des 3prozentigen Hydrogenium peroxydatum des Arzneibuches und des unter dem Namen Perhydrol bekannten 30prozentigen chemisch reinen Wasserstoffsuperoxyds. Die sehr beachtenswerten Vorschläge des Verfassers gehen dahin, einmal die Volumprozente bei der Angabe des Prozentgehalts völlig außer acht zu lassen, also nur (wie es auch in der neuen Ausgabe der Pharmakopoe der Fall ist) die viel präzisere Angabe der Konzentration nach Gewichtsprozenten zu benutzen. Zweitens soll die Bezeichung des Prozentgehalts stets auf reines H_2O_2 bezogen werden; zur Bereitung der verordneten Lösung muß also das betr. Wasserstoffsuperoxyd je nach seinem Gehalt an Gewichtsprozenten H_2O_2 entsprechend verdünnt werden. Damit der Arzt aber volle Garantie für richtige Anfertigung seines Rezeptes habe, soll er sich bei seiner Verordnung präzis ausdrücken, z. B.



Solut. Hydrogen. peroxydat. 3 Gewichtsprozent H_2O_2, und mit dem Zusatz aus „Perhydrol", wenn er eine völlig säurefreie Lösung will.

Stärkere Lösungen als 3 prozentig, welche besonders in der Chirurgie und Gynäkologie empfohlen werden, sind aus Perhydrol-Merck zu bereiten, da ja das Präparat des Arzneibuchs nur 3 prozentig ist. Aber auch hier gilt es zu berücksichtigen, daß das Perhydrol nur 30 Gewichtsprozente H_2O_2 enthält, so daß also bei Verordnung von „Sol. Hydrog. peroxyd. 10 proz." entweder der Zusatz „10 Gewichtsprozente H_2O_2" gemacht oder „Perhydrol 33,0 Aqu. dest. ad 100,0" verschrieben werden muß, um jede Unklarheit zu vermeiden. Neumann.

Vergiftungen.

Harris, Th. J. (New-York), **Ein Fall von Cocainvergiftung mit ungewöhnlichen Symptomen.** (Port-Graduate Bd. 27, Nr. 5.)

Bei dem 18 jährigen gesunden Mädchen waren wegen einer Nasenoperation 7 Wattebausche mit 4 % Kokainlösung in die Nase eingelegt worden, und sie scheint etwas von der Lösung geschluckt zu haben. Nach 1/2 Stunde war sie halb bewußtlos, fing bald an zu delirieren, wurde tief komatös, zeigte erweiterte Pupillen bei gutem aber beschleunigtem (100) Puls. Die Delirien wurden durch Morphium beseitigt, doch hielt die Bewußtlosigkeit 24 Stunden an.

Derartige Fälle, zuweilen mit tödlichem Ausgang, sind öfters vorgekommen, ohne daß man sie recht erklären könnte. Die Stärke der Lösung schien unwichtig zu sein, ja es wird sogar behauptet, daß aus einer konzentrierten Lösung weniger resorbiert wird als aus einer schwächeren. Die Patientin vertrug späterhin ohne Schaden kleine Dosen Kokain, woraus Harris folgert, daß keine Idiosynkrasie bestanden habe. Das könnte aber doch der Fall sein, denn bekanntlich macht nicht selten die erste Morphiumdosis Erbrechen, das bei späteren Dosen nicht mehr eintritt, und mit dem ersten Rauchversuche geht es ähnlich. Fr. von den Velden.

Anderson, W. K. (Glasgow), **Ein Fall von Morphiumsucht mit der Hyoscinmethode geheilt.** (Practitioner Bd. 88, Nr. 6.)

Der 31 jährige energische Mann war infolge der Beschwerden einer Pylorusstenose Morphinist geworden (bis 0,7 g täglich). Es gelang, durch allmähliche Entziehung die Tagesdosis auf 0,08 zu reduzieren, aber nicht weiter. Anderson schritt deshalb zur Hyoscinkur, die in Injektionen von Hyoscinum hydrobromicum (-Skopolamin) zu 0,0006 g bestand und vier Tage dauerte, während deren 0,015 g Hyoscin verbraucht wurden. In dieser Zeit delirierte der Kranke beständig und hatte Halluzinationen. Der Puls stieg nicht über 80, war aber gelegentlich etwas unregelmäßig und schwach. Gegen Ende der Kur wurden einige Pilokarpininjektionen gemacht, in der Absicht, die Gifte rasch auszuscheiden, auch ging es nicht ohne etwas Brom und Chloral ab. Seitdem — ein Jahr — hat der Patient kein Morphium mehr angerührt und nach seiner Angabe auch keinen Morphiumhunger mehr verspürt, obgleich er bis zu der einige Wochen später erfolgreich ausgeführten Pyloroplastik noch reichlich Schmerzen durchgemacht hat. Bemerkenswert ist, daß die Entziehungskur im Hause durchgeführt wurde, allerdings unter Aufsicht einer Pflegerin während des Tages und des Arztes während der Nacht. Fr. von den Velden.

Allgemeines.

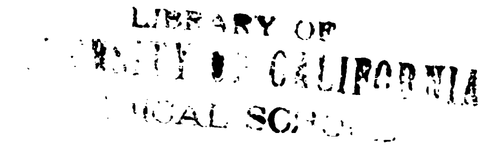
Lebensgefährlichkeit des Straßenverkehrs.

In New-York sind im Januar 1911 22 Personen, im Januar 1912 29 Personen durch Straßenunglücke ums Leben gekommen. Im Januar 1912 wurden 219 „nur verletzt". — Viel schlimmer wüten also Tuberkulose, Diphtherie und Pest auch nicht, als unsere Autos usw.

Buttersack-Berlin.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.





30 Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.
Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 39. | Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. | 26. Sept.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Ueber Migräne.[1])

Von Dr. med. **H. Lomnitz**, Spez.-Arzt f. Magen-, Darm- u. Stoffwechselkrankh.

Es kann vielleicht merkwürdig erscheinen, wenn ich hier über eine Krankheit rede, die man gemeiniglich als Domäne des Nervenarztes auffaßt; kaum aber eine Krankheit spielt sowohl für den allgemeinen Praktiker als auch für die Spezialisten der verschiedensten Fächer eine derartige Rolle als die Migräne. Bei dem stärkeren Befallensein des weiblichen Geschlechtes ist es besonders für den Frauenarzt eine bemerkenswerte Krankheit, weshalb ich gern einer Anregung des Herrn Vorsitzenden gefolgt bin, vor Ihnen über dieses Thema, für das ich mich aus später zu erörternden Gründen schon länger besonders interessiere, zu sprechen. Es muß allerdings hervorgehoben werden, daß mit den Wort Migräne ein gewisser Mißbrauch getrieben wird. Ärzte sowohl als auch Laien bezeichnen alle möglichen Zustände von Kopfschmerzen irgendwelcher Art als Migräne, und doch zeigt diese Krankheit, wenn man sich die Mühe einer etwas eingehenderen Anamnese macht, ganz bestimmte und nicht zu verkennende Merkmale. Ich möchte nun erst kurz den Ihnen bekannten Verlauf des Migräne-Anfalles schildern.

Im großen und ganzen äußert sich die Krankheit in anfallsweise halbseitig auftretenden Kopfschmerzen, die mit einer beträchtlichen Störung des allgemeinen Befindens einhergehen. Der Anfall beginnt mit gewissen Vorläufern. Diese sind gesteigerte Müdigkeit, Druck in der Magengegend, Stiche im Kopf, vertiefter Schlaf und die sogenannte Aura. Diese Aura wird von fast allen Kranken verschieden geschildert. Sie äußert sich in allgemeinem Unbehagen, Kopfdruck, Schwindel, namentlich Augenflimmern und anderen skotomähnlichen Gesichtsempfindungen. Letztere sind so mannigfaltig, daß sie eine ganz eigene Literatur hervorgerufen haben. Im allgemeinen werden sie von den Autoren nach den Erzählungen der Kranken als Verdunkelungen des Gesichtsfeldes mit farbigen irisierenden Rändern, schwarzen Flecken auf weißen Gegenständen und ähnlichen Gesichtssensationen mehr geschildert. Bald darauf beginnt der Schmerz, der meist im Vorderkopf lokalisiert ist, gewöhnlich in der Stirn- und Augengegend. Oft ist

[1]) Vortrag gehalten in der geburtshilflichen Gesellschaft in Hamburg.



dauernd die eine Kopfhälfte Sitz der Schmerzen, jedoch kommt es auch vor, daß der Schmerz bald die eine, bald die andere Kopfseite trifft, zuweilen nimmt er auch den ganzen Kopf ein. Die Kopfhaut auf der befallenen Seite ist meist überempfindlich. Die Austrittsstellen der Nerven sind auf Druck schmerzhaft. Nach der Beschaffenheit, in der sich die Blutgefäße der von dem Anfall befallenen Kopfseite befinden, Erweiterung mit Hitze und Röte oder Verengerung mit Kühle und Blässe, hat man eine spastische und paralytische Migräne trennen wollen, doch gehen die beiden Erscheinungen oft so ineinander über, daß man diese Trennung nicht aufrecht erhalten kann. Jedenfalls ist im allgemeinen das Aussehen der Erkrankten blaß und hinfällig. Es besteht Überempfindlichkeit gegen alle Sinneswahrnehmungen, und man kann von den Kranken, wie mir Kollegen, die an Migräne gelitten haben, bestätigten, oft hören, daß sie ein vollkommenes Vernichtungsgefühl und eine absolute Gleichgültigkeit gegen alles, was während des Anfalles um sie herum vorgeht, haben. Zu diesen eben geschilderten Symptomen kommen nun noch meist Erscheinungen von seiten des Magens und Darmes, Übelkeit, Erbrechen, manchmal Durchfälle, manchmal Verstopfung, fast immer starke Blähungen, die teils nach oben, teils nach unten ihren Ausweg suchen. Ich will auf die Magen- und Darm-Symptome, die mich bei der Migräne besonders interessiert haben, später noch besonders eingehen, zweifellos kommt ihnen eine große Bedeutung zu. Die Dauer des Migräneanfalles ist verschieden. Sie schwankt zwischen einigen Stunden und einem Tag, kann sich sogar noch über 24 Stunden erstrecken. Manchmal hört der Schmerz allmählich, manchmal plötzlich nach Erbrechen, oder nach starker Stuhlentleerung auf. Die Krankheit ist exquisit chronisch, erstreckt sich über viele Jahre, ist meist unheilbar, manchmal aber besserungsfähig, oft erst im hohen Alter. Was die Beteiligung der Geschlechter an der Krankheit betrifft, so sind nach Möbius 40 Proz. Männer, 60 Proz. Frauen. Typisch für die Migräne ist der frühe Anfang, der vielfach bis in die Kinderjahre, meist bis in die Pubertät zurückgeht, sehr selten, fast nie fällt der Beginn in das spätere Alter. Migräne ist keine Krankheit der oberen Zehntausend. Sie kommt in allen Ständen bei Kopf- und Handarbeitern vor. Eines der sichersten Merkmale der Migräne ist die Erblichkeit, bezw. die gleichartige Veranlagung bei Blutsverwandten. Möbius faßt die Migräne als eine Form der ererbten Entartung auf, wie er behauptet in 90 Proz. aller Fälle. Sie ist eine krankhafte Veränderung des Gehirns, vermöge deren der Kranke von Zeit zu Zeit bald auf diese bald auf jene Veranlassung hin Migräneanfälle bekommt. Dies ist im großen und ganzen der Verlauf des einzelnen Anfalles und der Gang der Migräne-Krankheit, die in der Mehrzahl der Fälle typisch verläuft. Wovon ich heute besonders zu Ihnen sprechen möchte, und worauf vielfach wenig geachtet wird, das sind die verkappten Migränefälle, die quasi mit fremdem Mantel bekleidet, andere Krankheitszustände vortäuschen, sowohl für das ganze ärztliche Handeln, als auch für die Prognose ist es eminent wichtig, diese Zustände als Migräne oder besser als Migräne-Äquivalente zu entlarven. Es sind nun vielfach die von Möbius und anderen Autoren nur als Begleit-Symptome gewürdigten Magen- und Darmerscheinungen, die eine selbständige Stellung einnehmen können, sich von der eigentlichen Migräne abtrennen, sie für Monate und Jahre ablösen, und dem Beob-

achter, sowohl was Deutung als therapeutisches Handeln betrifft, manche harte Nuß aufgeben können. Beim typischen Migräneanfall besteht seitens des Magens in der Regel nur Übelkeit, Appetitlosigkeit und Erbrechen. Letzteres schließt den Anfall entweder ab, oder es kommt zu einem der Seekrankheit ähnlichem Zustand von quälender Übelkeit und sich dauernd wiederholendem Würgen und Erbrechen, bis der Anfall abklingt, und damit auch die Begleitsymptome aufhören. Dem terminalen Erbrechen, kommt eine gewisse lösende und erlösende Bedeutung zu. Die Kranken verfallen danach oft in einen erquickenden Schlaf, der in den normalen Zustand überleitet, deshalb wird durch künstliche Manipulationen das Erbrechen oft herbeizuführen gesucht, durch kitzeln am Gaumen oder dergl., aber dieses gewaltsame Erbrechen ist meist nutzlos, wenn nicht sowieso das Ende des Anfalles bevorsteht. Im Intervall verschwinden diese Erscheinungen spurlos und werden sogar meist von einer gesteigerten Appetenz gefolgt. Bei einzelnen Patienten kommt es nun zu einem stärkeren Hervortreten der Magensymptome, teils dauernd, teils periodisch, die die Kopfschmerzen einerseits übertönen, andererseits wie ich vorher schon sagte, vollkommen ablösen können. Diese Aequivalent-Zustände können ein sehr wechselndes Gesicht zeigen.

Vor 9 Jahren hat Mangelsdorff sich mit dieser Frage beschäftigt und behauptet, daß in allen Fällen eine während des Anfalles durch Perkussion und Aufblähung nachweisbare akute Dilatation des Magens vorläge. Diese machte er für die zwischen den Anfällen zu findende Atonie des Magens verantwortlich. Dieses einseitige Vorherrschen einer bestimmten Störung ist sicherlich nicht richtig, denn es können außerdem teils sekretorische, teils motorische und schließlich auch rein sensible Erscheinungen das Bild beherrschen. Adolf Schmidt, der auch kürzlich wieder die Frage aufgerollt hat, meint, daß die Magen-Atonie, die er auch vielfach dabei habe beobachten können, mit einer Senkung des Magens und der gesamten Bauch-Organe vergesellschaftet sei, vielfach im Sinne der Atonia Universalis nach Stiller. Ich will Sie m. H. nun nicht mit einer detaillierten Schilderung des Magenbefundes bei den Magen-Äquivalenten ermüden. Nur einige wichtige Gesichtspunkte, die Sie interessieren werden, möchte ich hervorheben. Die Deutung der Äquivalente ist meistens bei dem schon vorhererwähnten, verschiedenartigen Auftreten der Erscheinungen, nicht so sehr durch eine subtile spezialistische Magenuntersuchung als vielmehr durch eine sehr genaue und exakt aufgenommene Anamnese möglich. Oft bestanden bei den Patienten früher periodische Kopfschmerzen, entweder vom typischen Migräne-Charakter oder andersartig. Im Laufe der Jahre waren diese Kopfschmerzen dann meist in den Hintergrund getreten und die Magenbeschwerden, von den eventl. zugesellten Darmerscheinungen will ich später reden, beherrschen das Bild, anfangs noch durch Intervalle eine gewisse Periodizität erkennen lassend, später konstant dauernd, manchmal bewirkt eine akute Mangenerkrankung, manchmal eine Periode unvorsichtiger Ernährung diese Umwandelung. Man beobachtet in diesen Fällen, wie ich schon hervorhob, alle Formen der sekretorischen und motorischen Anomalien: Achylische Prozesse mit beschleunigter Motilität, Hyperazidität mit verlangsamter, sowie direkte motorische Insuffizienzen. Verschiedentlich und häufiger sieht man aber auch reine sensible Reizzustände, krampfartige, plötzlich einsetzende Schmerzen,



Druck, Völle, Aufstoßen, Erbrechen ohne motorische Störung und mit normalem Säurebefund. Bei den Fällen, die mit Säurevermehrung einhergehen, ist oft eine sehr intensive Gasbildung im Magen zu bemerken. Unter den Migräne-Äquivalenten bezw. als eine Abart der Migräne ist auch die von Rossbach im Jahre 1884 beschriebene Gastroxynsis zu rechnen. Sie verläuft als periodischer Magensaftfluß mit bohrenden Kopfschmerzen, krampfhaften Schmerzen in der Magengegend und überreichlichem Erbrechen starksaurer, wässeriger Flüssigkeit, Dauer meist ein Tag, und ebenso gehört hierher meines Erachtens das von Leyden zuerst beschriebene reine periodische Erbrechen. Die Darmsymptome bei Migräne sind seltener als die Magen-Symptome. Meistens leiden die Migränekranken während des Anfalls an Verstopfung. Viele glauben, daß intensive Stuhlentleerung auf den Anfall günstig einwirke. Fast alle Migränekranken geben übereinstimmend an, daß sie während des Anfalles an erheblicher Flatulenz leiden. In dieser Erscheinung hat sogar die Autointoxikations-Theorie der Migräne ihren Hauptstützpunkt erfahren, worüber ich nacher noch einige Worte sagen möchte. Über die Frage der reinen Migräne-Darm-Äquivalente sind die Ansichten verschieden.

Ich glaube, daß die periodiseh auftretenden, mit Magendruck- und Kopfschmerzen einhergehenden Durchfälle, die durch Gemütserregungen, Schreck, Ärger usw. ausgelöst werden, hierher gehören. Sie kommen meist bei Leuten vor, die sonst eine normale Verdauung haben und bei denen Diät und verschiedene Mittel aller Art auf diesen Zustand ohne irgend welchen Einfluß bleiben. Ruhe und Aufhören der auslösenden Ursache führt ohne weiteren Übergang wieder normalen Stuhlgang herbei. Schwindel-Äquivalente sollen auch zeitweilig vorkommen. Ob Äquivalente von seiten der Geschlechts-Organe namentlich der weiblichen existieren, habe ich nicht eruieren können. Ich möchte nun noch einiges über die Diagnose der Migräne sagen. Die erste Aufgabe ist festzustellen, ob Migräneanfälle vorliegen, das heißt, ob es sich um die Krankheit Migräne, oder um Kopfschmerz-Anfälle, die Zeichen einer anderen Erkrankung sind, handelt. In erster Linie sind es natürlich andere Kopfschmerzen, die mit den Migräne-Kopfschmerzen verwechselt werden können. Der ausgebildete Migräne-Anfall ist nicht schwierig zu erkennen, aber je unvollständiger die Erkrankung ist, desto leichter kann sie verkannt werden. Als zweite Frage muß vor allem noch beantwortet werden: Migräne allein, oder noch etwas Anderes. Erstes Merkmal der Migräne ist Beginn in der Jugend. Sie ist fast immer ein ererbtes Leiden. Bei späterem Beginn und sicherer Verneinung der Erblichkeit sei man mit der Diagnose Migräne vorsichtig. Der dritte wichtige Punkt ist die Periodizität, die fast nie vermißt wird. Differentialdiagnostisch kommt in Betracht Kopfdruck bei Neurasthenie, der sich manchmal zum Schmerz steigert, Kopfschmerz bei Erkrankung der Nase und der Nebenhöhlen, hierbei fehlt aber die Übelkeit ganz. Trigeminusneuralgie kann nur bei oberflächlicher Untersuchung mit Migräne verwechselt werden. Der luetische Kopfschmerz steigert sich während der Nacht, reagiert auf Jodkali, was die Migräne nie tut.

In Betracht kommt ferner der Malaria-Kopfschmerz, der aber meist neuralgischer Natur ist und schließlich das Glaukom. Bedenklich kann die Verwechslung der Migräne-Kopfschmerzen ferner noch mit der Nephritis d. h. den periodisch auftretenden der eigentlichen

Urämie lange voraufgehenden, urämischen Kopfschmerzen sein und am fatalsten, wenn hinter den Kopfschmerzen sich ein langsam wachsender Hirntumor versteckt. Hiervor kann nur die genaueste körperliche Untersuchung und Erhebung der Anamnese, jedoch auch nicht immer schützen.

Selbst einem so erfahrenen Neurologen wie Möbius sind diese Fehl-Diagnosen passiert. Hinter einer Migräne kann schließlich noch eine beginnende progressive Paralyse, eine Tabes oder die von Möbius beschriebene periodische Okulomotorius-Lähmung stecken. Deshalb stets Mißtrauen bei der Migräne, die in späteren Jahren beginnt. Ist schon die Diagnose der nicht ganz ausgesprochenen Migräne schwer, so kommen wohl am meisten Irrtümer vor in der Erkennung der Äquivalente. Hier kann nur, wie ich schon hervorhob, genaueste Erhebung der Anamnese und exakte Untersuchung vor Irrtümern schützen. Am sichersten ist noch die Anamnese bei der proteusartigen Gestalt, die namentlich die Magen-Äquivalente annehmen können. Oft tritt die Verwechslung mit den gastrischen Krisen der Tabiker ein, die überhaupt leicht verkannt werden. Ich kenne allein 8 Tabesfälle, die wegen Magengeschwüres oder Krebsverdachts laparotomiert bezw. gastroenterostomiert sind. Auch vor diesen Irrtümern kann die genaue Anamnese und die eventl. Zuhilfenahme der modernen serologischen Untersuchungsmethoden schützen. Nun noch einige Worte m. H. über die Ursache der Migräne. Hier ist keine Übereinstimmung der Autoren erzielt worden. Möbius, wohl der genaueste Kenner und exakteste Beobachter hebt hervor, daß die Migräne mit wenigen Ausnahmen auf ererbter Anlage beruhe. Er glaubt, daß verschiedene Ursachen das Offenbarwerden der Anlage hervorrufen und zwar je stärker die Anlage, desto unbedeutender die Anlässe, die Anfälle bewirken. Vielfach sind es Schädlichkeiten, die im Verlauf des Lebens eintreten und die Schwelle zwischen Anlage und Anfall durchbrechen oder aus leichten Anfällen schwere und schwerste machen. Hier sind zu nennen überstandene schwere Infektionskrankheiten wie Scharlach und Typhus, eine schwere Entbindung, oder eine chronische Unterleibserkrankung, Alkohol-, Tabakmißbrauch, Entbehrungen, Überanstrengungen aller Art, gehäufte Geburten mit abgekürzten Wochenbetten, überlange Laktationen, psychische Traumen, Mangel an Schlaf, Überreizung der Sinne durch Geselligkeit, modernes Erwerbsleben, kurz alle Schädigungen der Zivilisation; jedoch hebt er immer hervor, die ererbte Anlage sei die conditio sine qua non. Überschätzt werden nach Möbius die Magen- und Darmstörungen. Ihnen gebühre in der Meinung der Patienten, nicht tatsächlich die Bedeutung der Ursächlichkeit für die Anfälle und ebenso die Menses. Bei vielen Frauen sollen, wie überhaupt nervöse Zustände, auch die Migräneanfälle diese Zeit bevorzugen. Es gibt aber noch viele Autoren, die jeden Zusammenhang der echten Migräne mit der Menstruation leugnen.

Bemerkenswert ist, daß während der Schwangerschaft die Anfälle oft sistieren. Kleinere Gelegenheitsursachen, die die Anfälle hervorrufen können, sind Legion. Es würde zu weit führen, sie alle hier aufzuzählen. In der Regel hat jeder Kranke seine Gelegenheitsursachen, die er mit der Zeit fürchten, eventl. auch vermeiden lernt. Was nun das anatomische Substrat der Migräne anbetrifft, so gehen auch hier die Auffassungen der verschiedenen Beobachter auseinander. Die einen halten wegen der vasomotorischen Begleiterscheinungen den

Sympathikus für den Störenfried. Andere, namentlich die amerikanischen und französischen Autoren glauben, daß es sich um eine Autointoxikation intestinalen Ursprungs handele, eine Vermutung, die ihrer absoluten Unbewiesenheit wegen endlich einmal aufzugeben wäre. Die spezifischen Stoffe toxischer Natur, die vom Darme aus in das Blut aufgenommen werden sollten, sind bis jetzt vergeblich gesucht worden. Weder Schwefelwasserstoff, Phenol, Indol, Skatol, noch die Azetonkörper können als solche aufgefaßt werden. Kukula, der sich zuletzt damit befaßte, die Vergiftungserscheinungen beim akuten Ileus aufzuklären, gelang es nur, aus den gestauten Fäzes einen toxisch wirkenden Alkoholextrakt zu gewinnen, ohne mit demselben irgendwelche charakteristischen Krankheitserscheinungen hervorrufen zu können, und ein Forscher, wie Friedrich Müller, hat bereits 1898 die Bedeutung der Autointoxikation vom Darm aus energisch abgelehnt. Was die Beziehungen der Gicht zur Migräne anbetrifft, so ist darüber viel gesprochen und gemutmaßt worden, aber niemals konnte man irgend einen Beweis für den Zusammenhang beider Erkrankungen erbringen. Die gichtische Anlage ist dabei zum Schlagwort geworden. Man sprach von sedimentreichem Urin, Harnsäure-Überschuss, Bodensatz von Uraten und reiner Harnsäure, die der Urin von Migränekranken während oder nach dem Anfall enthalten sollten. Es liegt darin eine vollkommene Verkennung der gichtischen Stoffwechelstörung, insofern, als der Gichtkranke oder besser der zur Gicht disponierte, fast dauernd zu wenig, nicht zu viel Harnsäure ausscheidet. Die Uratniederschläge im Harn haben mit der Gicht nichts zu tun. Möbius sagt wörtlich: Ich habe niemals einen Migränekranken gesehen, der Gicht gehabt oder bekommen hätte, wogegen Ebstein's Behauptung, daß Migräne im Kindesalter zu späterer Gicht disponiere, nicht allzuviel besagen will. Übrigens wird mit dem Wort Gicht immer noch ein gewisser Mißbrauch getrieben. Am plausibelsten erscheint die Erklärung, daß die Migräne eine Reizung des Gehirns und zwar entweder der Rinde oder der tieferen Zentren darstellt. Dafür sprechen die Begleiterscheinungen des Migräneanfalles, die Empfindlichkeit der Sinnesorgane, die leichte psychische Veränderung, die in der Tiefe des Kopfes lokalisierten Schmerzen und die Flimmer-Skotome. Daß der Sympathikus nicht die Ursache der Migräne sein kann, dafür spricht die Beobachtung, daß bei anderen Erkrankungen, bei denen der Hals-Sympathikus sich im Reizzustand befand, niemals Migräne Kopfschmerzen auftraten, und schließlich fehlen bei sehr vielen Migränekranken jegliche Gefäßveränderungen, die durch eine Erkrankung des Sympathikus ausgelöst werden müßten. Ehe ich nun noch von der Therapie der Migräne spreche, noch ein Wort über die Prognose. Bezügl. der Lebensgefahr pflegt die Prognose der reinen Migräne meist unbedenklich zu sein, jedoch ist Sorgsamkeit und genaue Beobachtung durchaus von Nöten. Besserung ist möglich, Heilung zweifelhaft. Sicher scheint zu sein, daß die Migräne im höheren Alter teils erlischt, teils sich erheblich abschwächt. Bei der Behandlung der Migräne hat man zu trennen: Behandlung der Migräneanlage und Behandlung des Anfalles selbst. In erster Linie gehört dazu eine gewisse Diätetik der Seele, möglichste Fernhaltung psychischer Reize, Ärger, Aufregung und Anstrengung. Die Ausübung von Sport, Aufenthalt im Freien, mäßige Hydroteraphie, Bäder, Abreibungen, Diät können eine Migräneanlage



sicher günstig beeinflussen. Ich persönlich lege dabei viel Wert auf eine lakto-vegetabilische Diät mit möglichster Einschränkung von Alkohol, regelmäßigen Mahlzeiten, ausreichendem Schlaf. Bei Häufung der Anfälle gebe man eventl. 6—8 Wochen Brom, 3—6 g pro Tag. Für den Anfall selbst sind die Mittel Legion: Phenazetin, Antipyrin, Migränin, Aspirin, Exalgin, Salipyrin, Salizylsäure und wie die Mittel alle heißen. Unter den modernen scheint Pyramidon eventl. kombiniert mit Pantopon relativ eine sehr gute Wirkung zu entfalten. In ganz schweren Fällen kommt man ohne Morphium nicht aus. Die Behandlung der Äquivalente ist meinen Erfahrungen nach unter Umständen dankbarer als die der Migräne selbst. Ruhe- und Mastkuren, verbunden mit einer der eventl. gleichzeitig vorliegenden Sekretionsstörung des Magens angepaßten Therapie, bringen oft Heilung, bei starkem Erbrechen erweist sich die Magenwaschung von sehr gutem Erfolg. Sehr günstig pflegt auch die Massagebehandlung des Magens und Darms einzuwirken. Häufig verschwinden die Äquivalente auf diese Behandlung vollkommen, jedoch man frohlocke nicht zu früh, oft kann man es erleben, daß dann über kurz oder lang wieder anstatt der Äquivalente die ehemaligen oder früher noch nicht vorhandengewesenen Migränekopfschmerzanfälle auftreten, oft allerdings in einer, den Patienten weniger störenden und besser zu lindernden Form, als es die Äquivalente sind, die vielfach intervallos verlaufen.

Wiener Brief.

Von Dr. S. Leo.

In der Gesellschaft der Ärzte sprach Dr. Finsterer über ein Magenkarzinom, durch Röntgenbestrahlung günstig beeinflußt.

Der früher gesunde Patient kann wegen seiner seit drei Monaten bestehenden stärkeren Magenbeschwerden (Schmerzen nach Genuß derber Speisen, zeitweise Erbrechen, aber niemals Sodbrennen) Ende Oktober 1911 in die Ambulanz der Klinik v. Neusser, wo auf Grund des Magenbefundes und der Röntgenuntersuchung die Diagnose auf Magenkarzinom, kaum resezierbar, gestellt und der Patient behufs Operation an die Klinik Hochenegg gewiesen wurde. Bei der Operation, die F. wegen des herabgekommenen Zustandes in Lokalanästhesie nach Injektion von 0.0002 Skopolamin und 0.02 Pantopon ausführte, fand er einen über faustgroßen, hökerigen Tumor des präpylorischen Magenteiles, fast zirkulär, den größten Teil der hinteren Magenwand einnehmend, der an der kleinen Kurvatur bis ein Querfinger zum Ösophagus heranreichte, sonst aber ziemlich gut beweglich war; im kleinen Netze zahlreiche harte Drüsen, besonders an der Kardia und längs des Ösophagus.

Da wegen der Ausdehnung des Karzinoms eine Resektion technisch nicht mehr möglich ist (Nähe des Ösophagus), wird nun, da die hintere Magenwand vom Tumor eingenommen ist, die Gastroenterostomia retrocolica anterior nach Brenner ausgeführt, die auch hoch gegen den Fundus zu liegen kommt; um den Tumor zur Röntgenbestrahlung breit vorzulegen, durchschnitt F. beide Recti quer, so daß das Karzinom frei lag und tamponierte die Umgebung mit Jodo-



formgaze zur Bildung von peritonealen Adhäsionen. Die ganze Wunde wurde bis auf den untersten Winkel offen gelassen.

Der Verlauf war vollkommen reaktionslos. Nach zehn Tagen wurde mit der Bestrahlung des breit freiliegenden Tumors begonnen, die in einem Zeitintervall von vier Tagen sechsmal wiederholt wurde. Patient erholte sich noch während seines Spitalsaufenthaltes, nahm an Körpergewicht zu. Bei der Entlassung des Patienten nach sieben Wochen, war der große Hautdefekt bis auf eine fünfkronenstückgroße Stelle per granulationem verheilt, vom vorgelagerten Tumor nichts mehr zu finden.

Ende April 1912 stellte sich Patient wieder vor, mit der Angabe, daß es ihm sehr gut gehe und daß er seit der Operation um 15 kg zugenommen habe.

Wir haben es hier mit einem Falle zu tun, der zeigt, das Karzinome des Magen-Darmtraktes, der direkten Röntgenbestrahlung ausgesetzt, günstig beeinflußt werden können, was bereits Beck und dann Werner und Caan auf Grund einzelner Erfahrungen ausgesprochen haben. Die Diagnose wurde nicht nur klinisch und radiologisch gestellt, sondern konnte auch durch den Befund bei der Operation bestätigt werden. Auch der Operationsbefund spricht unbedingt für Karzinom, wäre ein Ulcus callosum vorgelegen, für das klinisch kein Anhaltspunkt war, so müßte dasselbe bei dieser großen Ausdehnung besonders an der hinteren Wand, mit der Umgebung vor allem mit dem Pankreas verwachsen gewesen sein. Der Tumor war beweglich und nur die Ausdehnung bis unmittelbar zum Ösophagus und die vorhandenen Drüsen veranlaßten von einer Resektion abzusehen. Eine Bestätigung der Diagnose durch den mikroskopischen Befund kann F. nicht erbringen, da eine Probeexzision aus dem Magen, wegen der Gefahr einer Fistelbildung, als nicht ratsam erschien, zur Exstirpation einer Drüse am Ösophagus die Lokalanästhesie nicht ausreichend war und er den Kranken rein wegen einer Drüsenexstirpation nicht einer Narkose aussetzen wollte.

Der bis jetzt günstige Erfolg dieses Falles kann uns veranlassen, bei inoperablen Magenkarzinomen die Röntgenbehandlung nach Verlagerung des Tumors zu versuchen. Damit die Zugänglichkeit auch bei nicht mehr beweglichen Karzinomen lange Zeit eine gute bleibe, möchte F. empfehlen, in jedem Falle beide Musculi recti quer zu durchschneiden. Eine ausgiebige und dauernde Besserung ist mit dem Preis einer Ventralhernie gewiß nicht zu teuer erkauft.

In der Diskussion sagte Ranzi: Er habe bei einem Besuche im Heidelberger Samariterhause vorigen Jahres Gelegenheit gehabt, eine ganze Reihe von vorgelagerten, mit Röntgenstrahlen behandelten Magenkarzinomen zu sehen und habe dann im Sommersemester 1911 vier inoperabie Magenkarzinome an der Klinik v. Eiselsberg vorgelagert, zwei von diesen, bei welchen Stenosenerscheinungen bestanden, nach vorausgegangener Gastroenterostomie. Die Röntgenbestrahlung wurde von Haudek vorgenommen. Leider waren seine Resultate keine so günstigen wie in dem von Dr. Finsterer demonstrierten Falle. Von den vier Patienten sind drei (von einem Falle ist bisher eine Nachricht ausständig) innerhalb drei bis fünf Monaten ihrem Leiden erlegen, so daß von einer auch nur vorübergehenden Besserung nicht gesprochen werden kann. In einem Falle



hat die Röntgenbestrahlung insofern geschadet, als durch den Zerfall des Tumors eine Magenfistel entstand, die den Patienten arg belästigte.

Martin Haudek: spricht zur Diagnose und Therapie des Ulcus duodeni.

Haudek verweist auf die letzten Publikationen deutscher Chirurgen (Kümmel, Bier u. a.) über das Ulcus duodeni, die wegen der geringen Zahl der von ihnen operierten Fälle und im Hinblick auf die imposanten Ziffern der von Moynihan und Mayo operierten Duodenalgeschwüre der Ansicht Ausdruck gaben, daß das Duodenalgeschwür bei uns seltener vorkomme als in England und Amerika. Haudek ist der Meinung, daß das Leiden auch bei uns ein ungemein häufiges sei, so häufig, daß es in dieser Beziehung selbst die Appendizitis in den Schatten stelle, daß sehr viele Fälle, die als Magengeschwür oder als „Hyperaziditätsbeschwerden" aufgefaßt würden, Ulcera duodeni seien, daß die interne Therapie nur die periodisch auftretenden Attacken des Leidens symptomatisch bekämpfte, aber nicht imstande sei, dem Auftreten von Rezidiven vorzubeugen. Zur Operation gelange nur der kleinste Teil der Fälle, zumeist wegen Blutungen, daher die kleinen Statistiken operierter Fälle, während die überwiegende Mehrzahl durch Jahre, ja selbst Jahrzehnte intern behandelt werde, wobei wegen des häufig guten Allgemeinbefindens der Patienten vielfach Neurose angenommen werde. Der Behauptung Moynihans, daß die Diagnose des Leidens schon nach der Anamnese eine leichte und geradezu sichere sei, kann er nur teilweise zustimmen. In ausgesprochenen Fällen treffe dies wohl zu, häufig sei es aber sehr schwer, die Grenze gegenüber der bloßen Hyperazidität und Hypersekretion, die es wohl auch geben müsse, zu ziehen, denn wenn es diese nicht gäbe, dann sei die Zahl der Patienten mit Duodenalgeschwüren geradezu Legion; dann hatten mehr als die Hälfte der im Holzknechtschen Institute untersuchten Magenkranken über 30 Jahre — Duodenalgeschwüre. So häufig dasselbe auch sei, müsse man doch Bedenken tragen, einen bisher ziemlich harmlos angesehenen Beschwerdekomplex nunmehr in allen Fällen als den Symptomenkomplex einer schweren organischen Erkrankung anzuerkennen. Die Feststellung einer richtigen Grenze zwischen Ulcus duodeni und der Hyperazidität, welche vielleicht nur eine Vorstufe des ersteren und des Ulcus ventriculi bedeute, halte er für eine der wichtigsten Aufgaben der diagnostischen Forschung.

Die Röntgenuntersuchung vermag in zweifacher Weise zur Diagnose beizutragen:

Sie sichert gelegentlich die Diagnose durch den Nachweis einer Duodenalstenose oder einer Ulkusnische. Erstere vermag allerdings auch aus anderer Ursache zustande kommen (Kompression, Strangulation usw.), bei der Konstatierung letzterer sei größte Vorsicht geboten, insbesondere die Verwechslung mit dem Bulbus duodeni zu vermeiden.

Sie unterstützt die klinische Diagnose durch die Festellung eines hypertonischen Magens mit beschleunigter Entleerung und gesteigerter Peristaltik, eines Druckpunktes am Duodenum eines kleinen Sechsstundenrestes im Magen oder Duodenum, der bei beschleunigter Entleerung nur durch langes Zurückbleiben infolge von Sedimentierung des Wismuts bei Hypersekretion zu erklären sei, einer Fixation des Pylorus, einer großen Magengasblase, unter der im nüchternen Magen

viel Flüssigkeit gefunden werde — direkter Nachweis der Hypersekretion vor allem aber durch die Feststellung, daß der Magen radiologisch normal sei, das heißt die Zeichen einer organischen Magenwandveränderung vermissen lasse.

Da an sich keines der Symptome für Ulcus duodeni beweisend sei, da jedes einzelne bei Ulcus duodeni fehlen könne, sei es daher zumeist nicht berechtigt dasselbe radiologisch zu diagnostizieren, wohl aber sei folgendes an den physikalischen Befund angeschlossene Resümee zweckmäßig! Radiologisch normaler Magen, die klinische Annahme eines Ulcus duodeni würde der Röntgenbefund unterstützen. Erst dadurch, daß der Befund bei einem Patienten mit jahrelangen intermittierenden Magenbeschwerden mit Hyperchlorhydrie usw. erhoben wurde, gewinnt er symptomatische Bedeutung für ein Ulcus duodeni. Denn Pylorusfixation an sich könne auch bei Pericholezystitis, Schräglage des Magens mit schneller Entleerung des Magens, bei leerer Peristaltik auch bei Achylie vorkommen usw. Das Hauptgewicht bei der Diagnose fällt somit dem klinischen Bilde und nicht dem Röntgenbefunde zu. Letzteres liefert nur eine Teildiagnose. Die Verantwortung für die Richtigkeit der Diagnose übernimmt daher auch der Internist, beziehungsweise Chirurg, nicht der Radiologe.

Die interne Therapie verspricht schon deshalb keinen durchgreifenden Erfolg, weil die Patienten in der Zeit, während der es ihnen gut geht, Diätfehler nach Belieben begehen können — Vortragender zitiert zum Beweise hierfür die Äußerung eines von ihm untersuchten deutschen Chirurgen, der an einem Ulcus duodeni litt — einer Behandlung demnach nicht bedürfen, während zur Zeit der Attacke Diät und Schonung nur von vorübergehendem Erfolge begleitet sind.

Die Indikation zur Operation werde nichtsdestoweniger nur selten im Falle von Komplikationen oder so großer Heftigkeit der Beschwerden, daß der Patient die Operation dringend verlangt, gestellt, vielleicht auch deshalb, weil nicht bloß die Gastroenterostomie sondern zumeist auch die Pylorusausschaltung nach v. Eiselsberg ausgeführt werden müsse, da es ohne letztere leicht zu Schrumpfung der ersteren und zum Wiederauftreten von Beschwerden kommt, wenn die Speisen nach der Operation vorwiegend den Weg durch den Pylorus benützen. Der Entschluß zu einem solchen Eingriff bei einem Patienten von gutem Allgemeinbefinden könne gewiß nicht leicht fallen.

Hinsichtlich der Lokalisation eines bei der Laparotomie vorgefundenen Ulcus auf den Pylorus oder das Duodenum kann dem Chirurgen außer der Pylorusvene unter anderem auch der Röntgenbefund wertvolle Dienste leisten. Normale oder beschleunigte Entleerung des Wismutbreis spricht mit Sicherheit gegen Ulcus pylori, somit für Ulcus duodeni, was für die Wahl des Eingriffs von Bedeutung sei.

Haudek verweist schließlich auf die den Anschauungen von Moynihan und Bier widersprechende Annahme von Wilms, daß der größere Teil der Ulcera duodeni bei der Inspektion des Organs von außen nicht erkannt werden könne, sowie auf die Mitteilung von Heyrovsky über den mikroskopischen Nachweis vieler winziger Geschwüre auf der Magen- und Duodenalschleimhaut in der Umgebung makroskopisch sichtbarer Ulzera und meint, daß die Frage werde ventiliert werden müssen, ob bei negativem Laparotomiebefund am Duodenum des Ulcus desselben und Röntgenbefund die Diagnose Ulcus duodeni zu stellen sei, der Chirurg die von vornherein indizierte Ope-



ration ausführen solle, auch wenn er bei der Laparotomie am Duodenum keine Veränderung finde.

Walter Zweig spricht über einen durch die Operation geheilten Fall von Colitis ulcerosa. Der Patient, im Alter von 24 Jahren, erkrankte im Juni 1906 mit schweren Diarrhoen und hohem Fieber, so daß die Diagnose eines Typhus gemacht wurde. Er lag nun monatelang mit Durchfällen, Fieber bis 39° und blutig-eitrigen Stühlen darnieder, erholte sich dann wieder ein wenig, um in einigen Wochen ein schweres Rezidiv zu bekommen. So verliefen die nächsten zwei Jahre mit Pausen von Besserungen und Rezidiven, bis er eines Tages eine lebensdrohende Darmblutung bekam. Er entschloß sich nun, sobald der Patient halbwegs erholt war, denselben operieren zu lassen und v. Eiselsberg legte im Juli 1908 die Kolostomie am Kökum an, wobei das Kolon total ausgeschaltet wurde und der Stuhl sich vollständig durch die Fistel nach außen entlernte. Bei der Operation fand sich der überraschende Befund, daß das Kökum und der Processus vermiformis in eine tuberkulöse Geschwulst umgewandelt war. Bei der häufigen bakteriologischen Untersuchung des Stuhles vor der Operation wurden niemals Tuberkelbazillen gefunden. Es wurde nun der Patient in den zwei der Operation folgenden Jahren einer wiederholten Tuberkulinkur unterzogen und der ausgeschaltete Dickdarm einer Spülung mit den verschiedensten desinfizierenden Flüssigkeiten unterworfen. Er hatte nun die Genugtuung, daß nach zweijährigen Bemühungen die Colitis ulcerosa ausheilte und er konnte im Dezember 1908 daran gehen, die Fistel schließen zu lassen.

Bei der zweiten Operation fand man, daß der tuberkulöse Prozeß vollkommen ausgeheilt war. Der Patient bietet jetzt das Bild blühender Gesundheit. Z. verfügte über sieben operierte Fälle. Von diesen ist der eben vorgestellte Fall der einzige geheilte Fall, in zwei Fällen besteht noch immer der künstliche After und er kann noch nicht daran gehen, denselben schließen zu lassen. Vier Fälle hat er durch den Tod verloren. Der erste starb im Anschluß an die Operation an Pneumonie, der zweite starb an unstillbaren Diarrhoen, welche erst nach der Operation begannen und durch kein Mittel zum Stillstand gebracht werden konnten. Ein Fall starb an Ileus, da die Eröffnung des Kökums erst am fünften Tage nach der Operation vorgenommen wurde. Der vierte Fall starb erst bei der Schließung der Fistel an septischer Peritonitis. Wir sehen also, daß die Anlegung der Kolostomie ein durchaus nicht unbedenklicher Eingriff ist, und nur für die verzweifelten Fälle reserviert werden könne. Jedenfalls stellt der eben vorgestellte vollkommen ausgeheilte Patient eine entschiedene Seltenheit dar.

Moszkowicz hat bisher in drei Fällen operiert, zwei davon sind vollkommen geheilt, einer ist gestorben. Bei dieser Patientin fand sich bei der Obduktion eine zusammenhängende Geschwürsfläche vom Kökum bis zum Anus. Von der Schleimhaut waren nur kleine, polypenähnliche Inseln stehen geblieben, an vielen Stellen war der Darm perforiert und namentlich das Colon transversum war weit klaffend gegen die Bauchhöhle eröffnet und wurde nur durch daß große Netz zusammengehalten. Es war eigentlich zu verwundern, daß die Patientin bei solchem Zustande des Kolons durch mehrere Monate am Leben blieb. Dieser Fall beweist, daß man rechtzeitig die Indikation zur Operation stellen muß, wenn diese noch helfen soll. Was die



Technik der Operation betrifft, so kann man auf verschiedene Weise vorgehen. Eine Reihe von Chirurgen öffnet das unterste Ileum in der Annahme, daß die Ableitung des gesamten Dünndarminhaltes und die damit bedingte Ausschaltung des Kolons genügt, um dieses zur Heilung zu bringen. In gleicher Absicht wird von anderen Chirurgen eine möglichst breite Öffnung am Kökum angelegt. Moszkowicz ist der Ansicht, daß es nicht so sehr auf Ableitung des Dünndarminhaltes, als auf die gründliche Durchspülung des erkrankten Kolons ankommt und dies wird schon mit einfachen Witzel-Fistel am Kökum erreicht. Moszkowicz hat dabei die überraschende Beobachtung gemacht, daß kaum eine Minute, nachdem die Flüssigkeit aus dem Irrigator in den Anus eingeflossen ist, sie auch schon in der Kökalfistel erscheint. Diese rasche Hinaufbeförderung von Flüssigkeit vom Anus in das Kökum ist erst in jüngster Zeit auch durch Röntgenuntersuchung nachgewiesen worden. Es hat sich gezeigt, daß die Nährklysmen sehr rasch vom Anus bis ins Kökum befördert werden und daß sie nach Eröffnung der Bauhinschen Klappe sogar in den Dünndarm eindringen und hier verwertet werden, weshalb auch eine Massage kurze Zeit nach Applikation des Nährklysmas empfohlen werde. Man kann also bei Anlegung einer Witzel-Fistel am Kökum in sehr ausgiebiger Weise das ganze Kolon berieseln. Moszkowicz erinnert sich an eine Patientin, die mit einem Fieber von 40° und mit Schüttelfrösten in das Rudolfinerhaus kam und so hochgradig anämisch war, daß die meisten Kollegen, die sie sahen, der Meinung waren, es müsse sich um Tuberkulose des Darmes handeln. Wenige Tage nach Anlegung der Fistel war die Kranke fieberfrei und wurde später vollständig geheilt. Eine solche Fistel muß aber auch lange genug bestehen bleiben. Sie darf erst geschlossen werden, wenn auch keine Spur von eitrigem Sekret mehr aus dem Kolon abgeht, was mitunter erst nach Jahr und Tag der Fall ist.

Robert Bachrach berichtet über die Resultate einer bisher noch nicht bekannten endovesikalen Behandlungsmethode von Blasentumoren. Es handelt sich um die von Dr. Edwin Beer in New York vor anderthalb Jahren ausgearbeitete und von ihm so benannte Oudinsche Hochfrequenzstrombehandlung.

Gelegentlich einer Studienreise nach Nordamerika, hatte er in New York Gelegenheit, sich von der Brauchbarkeit dieser Methode zu überzeugen. Der in Rede stehende Apparat ist der von der Firma Wappler in New York hergestellte Hochfrequenzstromapparat, der an jeden Straßenstrom angeschlossen werden kann; jedoch muß nötigenfalls, wenn kein Wechselstrom, ein Transformator eingeschaltet werden; der Oudinsche Strom, wie ihn Keating Hart für seine Fulguration verwendete, wird von einem Resonator hergeleitet, so daß er die Applikation einer Elektrode gestattet, welcher die Form eines aus sechs kleinen Kupferdrähten gewundenen Kabels gegeben ist. Ein Ureterenzystoskop, resp. ein Ureterenspülzystoskop wird mit dieser Elektrode armiert und in die mit Flüssigkeit gefüllte vorher rein gewaschene Blase eingeführt. Jetzt wird das Kabel wie ein Ureterenkatheter gegen den Tumor dirigiert und auf eine kurze Strecke in die Tumorzotten eingestochen. Schließt man nun den Strom und läßt ihn durch 20 bis 30 Sekunden einwirken, so kann man mit dem Zystoskop beobachten, wie sich unter Aufsteigen



von Gasblasen die Umgebung der getroffenen Stelle weißlich verfärbt, also nekrotisch wird. Nach Zurückziehen der Elektrode zeigt sich in der Mitte dieses weißen Schorfes der durch Verkohlung geschwärzte, auf den die Funken direkt eingewirkt haben. Nach einigen Tagen stößt sich der nekrotische Schorf ab und wird ausuriniert; auf diese Weise kann man allmählich den ganzen Tumor zum Zerfall bringen und unter mehrmaliger zystoskopischer Kontrolle sieht man allmählich denselben verschwinden. Je nach der Größe der Geschwulst genügen 3 oder mehrere Sitzungen, bei denen jedesmal an 3 bis 4 Stellen durch 15 bis 30 Sekunden bestrahlt wird. Der Pat. verspürt nicht die geringsten Schmerzen, solange der Strom auf das Tumorgewebe einwirkt, während derselbe auf der normalen Schleimhaut der Blasenwand sofort Gefühl von Brennen hervorruft. Diese Tatsache gewährt bei der Behandlung die willkommene Sicherheit, daß man keine tiefer greifende Zerstörung der Blasenwand setzt. Eine während der Behandlung auftretende Blutung aus dem Tumor ließ sich leicht durch Verschorfung der blutenden Stelle beherrschen. Die Hauptvorteile der neuen Methode gegenüber der bisherigen Behandlung sind: Bekanntlich neigen alle papillären Geschwülste zu Rezidiven und malignen Degenerationen. Dadurch, daß wir in der Lage sind mit der Fulguration die Basis des Tumors gründlich zu verschorfen, können wir uns vor dieser Gefahr eher schützen. Der zweite Vorteil besteht darin, daß wir mit der Kabelelektrode an solche Stellen der Blasenwand gelangen können, die einer Schlinge bisher nicht zugänglich waren, das sind Tumoren am Scheitel der Blase und am Orificium internum.

Aus der St. Josef's Heilanstalt Berlin-Weißensee.

Athénsa und Arsen-Athénsa bei Nerven- und Geisteskrankheiten.

Von Nervenarzt Dr. med. **Rud. Topp**, dirigier. Arzt der Anstalt.

Gemeingut aller Ärzte ist es seit langem geworden, Schwächezustände aller Art, besonders solche, die mit krankhaften Veränderungen des Blutes einhergehen, mittels Eisen und Arsen bezw. Kombinationen dieser beiden Mittel zu bekämpfen. Wenn auch über die Theorie der Wirkung noch keine Einmütigkeit herrscht, eines steht fest und ist allseits anerkannt: Sie helfen tatsächlich in vielen Fällen; objektiv ist eine Zunahme des Hämoglobingehaltes und eine Vermehrung der Anzahl der roten Blutkörperchen festzustellen, und Hand in Hand damit gehend ist subjektiv und objektiv eine Hebung des Körpergewichtes und der allgemeinen Kräftezustände die erfreuliche Folge. Und was das bedeutet, ist ohne weiteres verständlich, besonders in solchen Fällen, wo spezifische Krankheitsbehandlung uns nicht zu Gebote steht und wir uns begnügen müssen, die Widerstandskraft des Organismus gegenüber dem Ansturm der Grundkrankheit auf das höchstmöglichste Maß zu steigern. Eisen- und Arsenpräparate gibt es in Mengen; jeder mag sich das ihm passende und für den Fall geeignete beliebig auswählen, immer jedoch ist der Grundsatz allen therapeutischen Handelns „Primum non nocere" fest im Auge zu behalten und nur solche Präparate und deren Verbindungen zu verordnen, die erfahrungsgemäß mit der gewollten pharmakodynamischen Wirkung völlige Unschädlichkeit vereinen. Wir haben es hier mit unter allen



Umständen differenten Medikamenten zu tun, bei denen gegebenen Falles bei wahlloser schematischer Ordination der Schaden den Nutzen paralysieren, ja überwiegen kann. Seit Jahren bekannt, vielfach erprobt und durchweg als brauchbar befunden ist die von der Firma Athenstaedt und Redeker dargestellte und in den Handel gebrachte „Tinctura ferri Athenstaedt“, eine ca. 14 Proz. Alkohol enthaltende Lösung von alkalifreiem Eisensaccharat und die von gleicher Firma den Ärzten dargebotene „Tinctura ferri Athenstaedt arsenicosa“, die als angegliederte Komponente einen Gehalt von 0,004 Proz. $As_2 O_3$ enthält. Beide Präparate haben sich selbst bei daniederliegenden bezw. pathologisch alterierten Verdauungsverhältnissen frei von unerwünschten und schädigenden Neben- und Nachwirkungen bewiesen, wie die stattliche, einschlägige Literatur einwandsfrei feststellt. Einzig allein der relativ hohe Alkoholgehalt könnte in vereinzelten Fällen (bei Kindern, Herzkranken, im Verlaufe von Entziehungskuren u. a.) unangebracht, ja bedenklich erscheinen. Daher ist es als ein erfreulicher Fortschritt zu begrüßen, daß die Firma neben den ursprünglichen Präparaten neuerdings solche herstellt, „Athénsa und Arsen - Athénsa“ benannt, die völlig frei von Alkoholzusatz sind. Beide Medikationen entsprechen in ihrem Eisen- bezw. Arsengehalte genau den älteren alkoholischen Tinkturen, besitzen dieselben tonisierenden aromatischen Bestandteile wie letztere, so daß a priori angenommen werden kann, daß auch ihre pharmakologischen Eigenschaften und pharmakodynamischen Effekte — abgesehen von etwaigen alkoholischen Beiwirkungen wesens- und wertgleich sein müssen. Diese Annahme hat sich auch tatsächlich den verschiedenen Prüfern als richtig erwiesen. Von besonderer Wichtigkeit ist der Umstand, daß die Athénsa-Präparate sterilisiert sind, daher bleibt ihr Inhalt keimfrei, — sogar in heißen Klimaten wie Brodzki in Hélouan (Ägypten) festgestellt hat — während andere alkoholfreie Eisenpräparate nach Koning oft überreich an Bakterien sind oder doch wenigstens einen idealen Nährboden für solche bilden. —

Auch ich habe mich in der Anstalt und der ambulatorischen Praxis gern und mit bestem Erfolge beider Athénsa-Mittel bedient. Gerade das Gebiet der Nerven- und Geisteskranken liefert ein großes Kontingent von Schwäche- und Erschöpfungszuständen jeder Art, jeden Grades und jeglicher Provenienz, bald primärer — bald sekundärer Natur — gerade hier, wo so oft jegliche andere Behandlung leider ohne nennenswerten Erfolg bleibt, besteht die einzige bezw. Hauptaufgabe des Arztes in der bestmöglichen Kräftigung und Stärkung des körperlich und geistig niedergebrochenen Organismus — und gar oft ist der schöne Lohn zu verzeichnen, daß mit Hebung der rein somatischen Kräfte auch das psychisch in verkehrte Bahnen gelenkte Seelenleben mehr minder zur Norm zurückgeführt wird: „Mens sana in corpore sano“! Ich habe das Athénsa und Arsenathénsa bislang in 29 bezw. 23 Fällen angewendet; von sämtlichen Patienten wurden die Medikamente gern genommen und ohne nachweisbare Schädigung von seiten des Magens und des Darmes vertragen; auch die Zahnsubstanz wurde nicht sonderlich alteriert, soweit ich wenigstens durch einfache Inspektion feststellen konnte. Einigen abstinierenden und die Nahrung verweigernden Kranken wurden die Mittel dem Nährgemische beigemengt mittels Schlundsonde zugeführt. Gegeben wurden beide Präparate möglichst lange, wenigstens 2 bis 3 Monate hindurch, täg-



lich 3 mal während oder unmittelbar nach der Mahlzeit in Mengen von 3 mal 1 bis 3 mal 2 Eßlöffel voll. Schon nach relativ kurzer Behandlungszeit (2—3 Wochen) begann sich fast in allen Fällen die günstige Wirkung der Medikation bemerkbar zu machen: Hebung des Appetits, Besserung der Herztätigkeit, Zunahme des Körpergewichts. Die allgemeine Steigerung des gesamten Stoffwechsels dokumentierte sich deutlich in merklicher Vermehrung der ausgeschiedenen Harnstoffmenge. Die Butbeschaffenheit besserte sich bald in auffallender Weise; die Zahl der roten Blutkörperchen nahm durchweg schnell zu und der Hämoglobingehalt stieg rasch an; im Maximum bei meinen Versuchen um 17,3 Proz. Hand in Hand damit gingen die auf die Anämie und den Schwächezustand zu beziehenden Beschwerden zurück, und eine meist erfreuliche Besserung des Allgemeinbefindens war die Folge, an die sich in vielen überhaupt der Heilung zugänglichen Krankheitsformen schnelle Genesung anschloß. Aber auch bei nach unserer derzeitigen Erfahrung unheilbaren Krankheiten haben sich mir Athénsa und Arsen-Athénsa durch ihre stark tonisierenden Eigenschaften als Adjuvans trefflich bewährt, wenngleich die erzielten Erfolge hierbei natürlich nur passagere waren. Einige Versager, die in der Schwere und dem weiten Fortgeschrittensein der in allen diesen Fällen organisch basierten Krankheitsformen beruhten und daher ohne weiteres verständlich waren, sind mir natürlich nicht erspart geblieben; ihr Prozentsatz (1½ Proz.) gegenüber den günstig beeinflußten ist so gering, daß ich mich wohl mit bloßer Erwähnung dieser Tatsache begnügen darf. Was den Unterschied in der Wirkung des Athénsas und des Arsen-Athénsas anbelangt, so scheint mir nach meinen Prüfungen letzteres Präparat von schnellerem und überlegenerem Erfolge bei der Bekämpfung solcher Anämieen, Schwäche- und Erschöpfungszustände su sein, bei denen die Grundkrankheit organisch bedingt ist, die metasyphilitischen Krankheiten und die auf chronischen Intoxikationen beruhenden Formen erwiesen sich für die Anwendung des Arsen-Athénsas besonders geeignet.

Im folgenden sei es mir gestattet aus der Zahl meiner Fälle einige besonders bemerkenswerte herauszugreifen und kurz zu skizzieren. Ich habe hier ausschließlich solche gewählt, die ich in der geschlossenen Anstalt behandelt und beobachtet habe. Nur unter diesen Umständen ist eine einwandsfreie Kontrolle der Wirkung einer medikamentösen Behandlungsweise möglich — und die Resultate sind um so wertvoller, als andere sonst mitspielende und mitwirkende Faktoren hier mit Sicherheit ganz ausgeschlossen oder in ihrer vollen Wertigkeit gebührend in Rechnung gezogen werden können.

1. A. G., 37 Jahre alt, Kaufmann, Lues cerebri. Infektion vor 4 Jahren. Patient machte nur eine einmalige und anscheinend recht oberflächliche Hg-Schmierkur durch. Manifestierung der Hirnkrankheit vor ca. 1 Jahre mit den Symptomen einer Bulbärlähmung. Anstaltaufnahme vor 8 Monaten: „Wassermann". Außerst abgemagerter Kranker. Farbe der welken Haut graugelb; sichtbare Schleimhäute fast weiß gefärbt. Der Hämoglobingehalt des Blutes beträgt 49 Proz., die Anzahl der roten Blutkörperchen 2 795 000. Das Gewicht des 1,76 m großen Mannes nur 53,2 kg, Bettruhe, Fütterung mittels Löffels mit zunächst flüssiger, nach einigen Tagen weichbreiiger Nahrung, der mit Rücksicht auf die vorhandene erhebliche Anämie in der ersten und zweiten Woche 3 mal täglich 1 Eßlöffel, von da ab



3 mal täglich 1½ Eßlöffel Arsen-Athénsa beigemengt wird. Die Nährmischung mit Medikament wird anstandslos genommen und ohne Störung vertragen. Heute nach 8 monatlicher vorbeschriebener Anstaltsbehandlung ist trotz langsamen, aber sichtlichen Fortschreitens der Grundkrankheit der Hämoglobingehalt auf 58,3 Proz., die Anzahl der Erythrozyten auf 3 550 000, das Körpergewicht auf 64,1 gestiegen. Patient fühlt sich viel wohler, die vordem absolut depressive Stimmungslage des psychisch noch gut geordneten Mannes hat sich erfreulich zum Besseren gehoben. Auf Wunsch entlassen, wird ambulatorisch weiter behandelt.

2. E. v. W., 36 Jahre alt, Rittmeister a. D., Tabes dorsalis. Luetische Infektion nach eigener Angabe vor 16 Jahren. Erste tabetischen Symptome vor 5 Jahren, seitdem langsames Fortschreiten. Psyche bislang intakt. Patient ist in verschiedenen Kliniken und Sanatorien ohne besondere Resultate behandelt. In den letzten drei Monaten auffallende Abmagerung und Kräfteverfall trotz guten, ja lebhaften Appetits. Aufnahme vor 5 Monaten mit einem Anfangsgewicht von 68,1 kg. Hämoglobingehalt 59,2 Proz., Zahl der Erythrozyten 3 157 000. Bettbehandlung, reichliche Ernährung, dazu als einziges Medikament 3 mal täglich 1 Eßlöffel Arsen-Athénsa. Patient wurde nach 4½ monatlicher Anstaltsbehandlung auf Wunsch entlassen; sein Allgemeinzustand hatte sich bis dahin überraschend gebessert; Gewicht 77 kg, Hämoglobingehalt 72,4 Proz. — Zahl der roten Blutkörperchen 4 320 000.

3. W. S., 45 Jahre alt, Maschinist, Multiple Sklerose. Schulfall mit allen charakteristischen Symptomen. Diagnose in einer Universitätsklinik schon vor 6 Jahren gestellt. Bei Aufnahme in die Anstalt sehr verfallen, anämisch, kraftlos. Symptomatische Therapie. Medikamentös nur 3 mal täglich 1—3 mal täglich 2 Eßlöffel Arsen-Athénsa. Schnelle Hebung des zu Anfang gänzlich darniederliegenden Appetits. Heute nach 9 monatlicher Kur gegen den Aufnahmestatus ein Plus von: Gewicht 13 kg Hämoglobingehalt 14 Proz., Anzahl der Erythrozyten 1 450 000. — Patient wird gleichbleibend weiter behandelt.

4. J. K., 26 Jahre, Fleischergeselle, Traumatische Neurose, im Anschluß an einen schweren Unfall (Commotio cerebri durch Hufschlag eines Pferdes), den Patient vor ca. 1¾ Jahren erlitten. Seit Monaten völlige Anorexie, hochgradige Anämie und allgemeine Erschöpfung. Aufnahme vor ½ Jahre. Symptomatische Behandlung, Psychotherapie in üblicher Weise. Daneben Athénsa mit geradezu glänzendem Erfolge. Am Tage der Entlassung Hämoglobingehalt gegenüber dem Aufnahmebefunde gesteigert um 17,3 Proz., Zahl der Erythrozyten 4 930 000 (gegen 2 970 000), Körpergewicht 78,3 kg (gegen 61,2). Geheilt entlassen. Die Heilung ist heute — 7 Monate nach dem Verlassen der Anstalt — noch völlig ungestört.

5. P. T., 21 Jahre alt, Rezitator, Hebephrenie, Beginn der Erkrankung vor 4 Jahren, seitdem wiederholt akute Schübe, inzwischen bis auf den fortschreitenden geistigen Defekt leidlich komponiertes Verhalten. Poriomanische Triebe: Verschwand wieder vor 6 Monaten, trieb sich vagabundierend umher, wurde schließlich polizeilich aufgegriffen, den Eltern zugeführt und von letzteren sofort der Anstalt überwiesen. Bei Aufnahme unsagbar elend und verkommen, nur Haut und Knochen, Marasmus höchsten Grades. Dabei ausgesprochene



manische Stimmungslage. Neben üblicher Behandlung 3 mal täglich 2 Eßlöffel Athénsa, die gern und ohne Widerstreben genommen werden. Überraschend schnelle Besserung, geistig und körperlich sichtlich Hand in Hand gehend. Patient war 4 Monate in der Anstalt; innerhalb dieser Zeit stieg bei gleichbleibender Diät und Medikation der Hämoglobingehalt um 11 Proz., die Zahl der roten Blutkörperchen um 1 800 000, das Körpergewicht um 8,2 kg. Geheilt (vom Anfalle) entlassen. —

6. M. P., 38 Jahre alt, Hotelier, Korsakowsche Psychose alkoholischer Provenienz. Bei Aufnahme, abgesehen von den psychotischen Symptomen hochgradige Anämie und schwerster körperlicher Verfall. Übliche Entziehungsbehandlung usw., daneben 3 mal täglich 2 Eßlöffel Arsen-Athénsa, welche in den ersten 6 Wochen der flüssigen Nahrung zugesetzt per Sonde zugeführt, späterhin bei spontaner Nahrungsaufnahme gern unvermischt nach den jeweiligen Mahlzeiten genommen werden. Altgewohnte günstige Wirkung: Appetit, Hämoglobingehalt, Zahl der roten Blutkörperchen steigen innerhalb 4 Monaten ganz beträchtlich — parallel gehend Aufhellung und Klärung des Sensoriums! Nach 5 monatlicher Anstaltsbehandlung geheilt entlassen.

In sämtlichen vorstehenden 6 Fällen wurde innerhalb der aufsteigenden Phase das Arsen-Athénsa bezw. Athénsa vorübergehend bis zur Dauer von 3 Wochen probeweise ausgesetzt bei sonst völlig gleichbleibender Diät und Behandlung. Jedes, aber auch jedes Mal wurde dann in Rücksicht der oben hervorgehobenen Faktoren ein unverkennbarer Rückschlag beobachtet, der bei erneuter Darreichung der Athénsa-Präparate sich sofort wieder aufsteigend bewegte, wohl ein sicherer Beweis, daß die günstige Wirkung einzig durch die Medikation bedingt war.

Nur wenige Fälle habe ich hier aufgeführt. Ich glaube aber „Quod erat demonstrandum — satis demonstratum est!" Subjektiv sind mir die Athénsa-Präparate lieb, wert und unentbehrlich geworden — und objektiv kann ich sie allen, besonders den Fachkollegen, unbeeinflußt auf Grund gewissenhafter Forschung und Erprobung angelegentlich zur Ordination in geeigneten Fällen empfehlen.

Referate und Besprechungen.

Innere Medizin.

Michailow, Sergius (St. Petersburg), **Die Degenerationen im Bereiche der Nerven bei Cholera asiatica.** (Centralbl. f. Bakt., Bd. 62, H. 7.)

Der Verfasser hat während der Choleraepidemie im Jahre 1908 ein großes pathologisch-anatomisches, sich auf diese Erkrankung beziehendes Material gesammelt und nach den gebräuchlichsten neurologischen Methoden bearbeitet. Die Untersuchungsresultate werden in der nächsten Zeit veröffentlicht werden. Zweck der vorliegenden Arbeit ist, über die durch die Marchische Methode festgestellten Degenerationen von Nervenfasern im Rückenmark und in den Rückenmarkswurzeln zu berichten. Die Degenerationsbilder, die einen durchaus planmäßigen Charakter zeigen, und deren Entstehen durch etwaige Beschädigungen bei der Herausnahme des Rückenmarks oder seiner Bearbeitung demnach auszuschließen ist, berech-



tigen uns zu der Annahme, daß der Myelinzerfall der Nervenfasern bei der Cholera einesteils als Resultat des Aufsteigens des Choleraendotoxins in den Nerven zum zentralen Nervensystem zu betrachten ist und andernteils infolge direkter Wirkung des in der Zerebrospinalflüssigkeit enthaltenen Choleratoxins zustande kommen kann. Schürmann-Wecker.

Karo (Berlin), Zur Behandlung der Prostatahypertrophie. (Zeitschr. für ärztl. Fortbildung 1912, Nr. 4.)

Ein klares Bild über die Klinik und Pathologie der Prostatahypertrophie hat man sich bisher noch nicht schaffen können. Karo möchte den Namen mehr als eine Art Sammelbegriff auffassen, der zur Klassifizierung der verschiedensten Symptome dient. Bezüglich der Therapie hat er sein Augenmerk auf das Yohimbin Spiegel gelenkt, dessen Einfluß auf die Genitalsphäre je bekannt ist, ohne daß man eigentlich bis jetzt versucht hätte es auch urologischen Zwecken dienstbar zu machen. Er hat es nun in Form von intraglutäalen Injektionen in der ersten Woche täglich, in den folgenden jeden zweiten Tag, im ganzen etwa 7 Wochen lang bei der Prostatahypertrophie angewandt, ohne irgend welche unangenehme Nebenwirkungen festgestellt zu haben. Der Erfolg bei den im Alter von 54—67 Jahren befindlichen Patienten bestand in Verringerung der Miktionen, Aufhören der nächtlichen Miktionen und günstiger Beeinflussung des Stuhlganges.

F. Walther.

Duncker (Brandenburg), Prolaps des Fettlagers der Niere, eine Hernia lumbalis vortäuschend. (Arch. f. klin. Chirurgie, Bd. 94, H. 3.)

Verfasser teilt 2 Fälle von Prolaps des Nierenfettes an der Stelle der Hernia lumbalis mit nach Art der properitonealen Lipome, die in ihrem ganzen Verhalten leicht mit einer wahren Hernia lumbalis verwechselt werden können. Vorschütz-Cöln.

Buttersack, F., Latente Erkrankungen des Grundgewebes, besonders der serösen Häute. (Wissenschaftliche Winke für Diagnostik und Therapie. Ferd. Enke, Stuttgart 1913; 139 S., groß 8°.)

„Nicht die Auffindung neuer Erscheinungen an den Massen macht den wahren Forscher aus, sondern die Erkenntnis des Zusammenhanges der Zustände oder der Vorgänge.“ Dieser Ausspruch O. Rosenbachs, den Buttersack auch als Motto für eines der 21 Kapitel seines wertvollen Buches gewählt hat, enthüllt mit der Charakteristik des Verfassers und seiner ganzen Arbeitsweise zugleich auch die Gründe, die ihn berechtigten Anspruch darauf erheben lassen, ihm einen Ehrenplatz unter den gegenwärtig tatsächlich recht spärlichen Vertretern wirklicher biologischer Forschung zu sichern.

Das sog. Bindegewebe ist nach Buttersack keineswegs ein „bedeutungsloses Füllsel“ zwischen den spezifischen Gewebselementen, dem nur mechanische Aufgaben zukommen, sondern als „postembryonale Keimschicht“ mit sämtlichen Qualitäten der lebendigen Substanz ausgestattet, und nicht bloß ein Medium für den Transport materieller Ernährungsstoffe, sondern auch ein Organ für die Abwicklung materieller Prozesse im Organismus, der kalorischen, sekretorischen, kontraktilen, elektrischen, nervösen, damit sogar auch der psychischen usw. Man sollte es dementsprechend richtiger als „Grundgewebe“ bezeichnen. Und wie, physiologisch betrachtet, diese Grundschicht gewissermaßen die „Sedes sanitatis“ ist, so bietet sich in ihr für die Pathologie das Territorium, das häufig genug zur eigentlichen „Sedes morbi“ wird. Da wir nicht anstehen dürfen, der Anschauung der heutigen Forschung beizutreten, die die serösen Häute als Modifikationen des Bindegewebes betrachtet, vielmehr dessen fundamentale Rolle hier ganz besonders charakteristisch ausgesprochen sehen, werden wir auch die Vernachlässigung jener Häute in der heutigen Physiologie als eine bedenkliche Lücke in der Erklärung der Lebenvorgänge betrachten und unsere Anschauungen in dieser Hinsicht einer gründlichen Revision unterziehen müssen.

Zweifellos bestehen Affinitäten bestimmter Organismen zu bestimmten Bezirken des Grundgewebes. So ist Tuberkulose des Perikards ebenso selten



wie solche der Pleura häufig. Der Meningokokkus ist so wählerisch, daß er sich höchst selten auf eine andere Haut als der niederläßt, die ihm den Namen gab. Im Gegensatz dazu scheint der Erreger des sog. Gelenkrheumatismus zu stehen, indem er so ziemlich auf allen serösen Häuten schon gefunden wurde.

Andererseits kann bei den engen Beziehungen der oben erwähnten verschiedenen Qualitäten des Grundgewebes und ihrer Verschlingung untereinander kaum eines der Territorien eine Veränderung erfahren, ohne daß nicht auch in einem näher oder entfernter gelegenen Störungen entstehen, die allerdings praktisch in anderen Formen zutage treten können. So wissen wir, daß Fettsucht, Gicht und Diabetes trotz ihrer klinischen Verschiedenheit auf derselben Basis entstehen. Sie gehen bald innerhalb desselben Individuums, bald innerhalb der Kette durch Namensverwandtschaft verbundene Individuen ineinander über.

Es ist klar, daß an den Alterationen des Grundgewebes auch das Unterhautgrundgewebe, die Subcutis teilnehmen muß, obwohl jene Vorgänge oft erst in den sekundären Veränderungen der Epithelschicht ihren Ausdruck gefunden haben müssen, ehe sie als solche erkannt werden. Gegenüber dem anatomischen Begriff der Haut, die sich dem mikroskopierenden Forscher allenthalben ziemlich gleichwertig darstellt, mag sie einem Manne, einer Frau, einem Kinde, mag sie an der Extensoren- oder der Flexorenseite, von Gesunden oder Kranken entnommen sein, ergibt die physiologische Untersuchung weitgehende Differenzen. Eine gesunde Frau fühlt sich anders an als ein gesunder Mann und die Haut beider anders als die eines an Diabetes oder Fettsucht leidenden Individuums usw. usw. Das wissen wir alle aus der Praxis. Die Subkutis ist der eigentliche Sitz der meisten Hautkrankheiten (Ekzem, Alopecie usw.), deren Auftreten vielfach auf innere Störungen hinweist. Und wie die kalorischen und Sensibilitätsverhältnisse, die Ausdünstungen, der Haarwuchs individuell und regionär verschieden sind, ist auch die Neigung zu Erkrankungen nach Individuen und Körperregionen verschiedener, so daß man z. B. geradezu von einer „Geographie der Syphilis" sprechen darf.

Die Rolle, die das Grundgewebe spielt, ergibt aber die Notwendigkeit, auch kleinen Störungen daselbst schon zu einer Zeit nachzugehen, wo das Befallene selbst sich noch für völlig gesund hält. Wir werden aber auch noch weiter gehen müssen und nicht bloß dann an Pleuritis, Perikarditis oder Appendizitis denken, wenn wir ein Reibegeräusch hören oder wenn der Patient die typischen Schmerzpunkte angibt, sondern ebenso auf Grund jener Erwähnungen schon bei länger dauerndem Husten oder bei protrahierten Unterleibsbeschwerden den Verdacht fassen, daß die Grundschichten gereizt seien und genau so verfahren, wie etwa beim Magenkrebs, dessen Diagnose je auch nur der Unkundige bis zum Auftreten des „beweisenden" Tumors verschiebt.

Wer sich aber mit Buttersack das Grundgewebe als einheitliches Organ und als Ganzes zu betrachten gewöhnt hat, beschränkt sich ebensowenig, wie auf Lokaldiagnosen und die verschiedenen „Skopien" auf eine lokale Therapie. Dann sieht man aber auch keine Gründe zur Entmutigung aus dem Mangel spezifischer Mittel und Methoden, obwohl sich das Eingreifen im wesentlichen auf die Beseitigung von schädlichen oder die Zufuhr von fördernden Agentien oder richtiger Energien beschränkt. Man sucht durch die Ausfüllung von Lücken, durch den Ersatz schadhaft gewordener Bausteine die Reihe der an sie gebundenen Lebensprozesse wieder zu schließen. Ob das nun durch Stauung, Massage, Wärmezufuhr, Licht oder Kathodenstrahlen, durch Douchen, heiße Spülungen, Umschläge und Packungen, durch Pflaster oder sonstwie geschieht, hängt schließlich mehr von den besonderen Neigungen, den dispraiblen Hilfsmitteln, der praktischen Übung des Arztes in den einzelnen Prozeduren, also im Grunde von mehr äußerlichen Faktoren ab als von prinzipiellen Erwägungen. Eschle.



Quervain, Prof. Dr. de (Basel), Über das Wesen und die Behandlung der stenosierenden Pseudovaginitis am Processus styloideus radii. (Münch. med. Wochenschrift 1912, No. 1.)

Diese Tendovaginitis ist eine schmerzhafte Erkrankung im Bereiche des Abductor pollicis longus und Extensor pollicis brevis. Die Patienten empfinden bei Bewegungen des Daumens mehr oder weniger heftige, von der Handwurzelgegend nach dem Daumen und dem Vorderarm ausstrahlenden Schmerzen, so daß sie einen ergriffenen Gegenstand oft nicht mehr halten können. Die Palpation ergibt entweder ein negatives Resultat oder etwas Verdickung des dem distalen Radiusende aufliegenden Sehnenscheidenfaches. Dasselbe ist in allen Teilen ausgesprochen druckempfindlich, viel weniger oder gar nicht dagegen die übrige Sehnenscheide. Der Verlauf der Affektion ist chronisch. Als Hauptursache kommen Traumen in weiterem Sinne, Überarbeitung (Reibung), Klavierspiel in Frage. In manchen Fällen spielt Gicht oder gichtische, rheumatische Anlage eine Rolle, Tuberkulose und Lues kamen in keinem Falle in Betracht. Es handelt sich meistens um weibliche Individuen in allen Lebensaltern. Eine Tendovaginitis crepitans ist nur ganz selten nachweisbar. Die Erkrankung führt zu einer Verengerung des Sehnenscheidenfaches des Extensor pollicis brevis und des Abductor pollicis longus. Die Schmerzen treten schubweise auf und strahlen nach den Ellenbogen und Daumen auf, zuweilen ist der Verlauf von Anfang an chronisch. Die Behandlung besteht in frischen Fällen in Kälteanwendung, Ruhigstellung, Druckverband, in schleppenden Fällen in Revulsion oder Wärmebehandlung, in ganz hartnäckigen Fällen in offener oder subkutaner Durchtrennung des Sehnenscheidenfaches. Die Heilung ist in allen bisher operierten Fällen dauernd gewesen. Rösler.

Chirurgie und Orthopädie.

Zangemeister, W. (Marburg a. L.), Zur Frage der Wundinfektion. (Münch. med. Wochenschrift 1912, No. 1.)

Für die Entstehung der Wundinfektion macht Z. folgende Faktoren verantwortlich.

1. Infektiöse Keime, die wir keineswegs immer von außen einführen, sondern die gelegentlich schon am Ort der Operation vorhanden sind.
2. Frische Wunden, vor allem solche Wunden, welche bei geringer Oberfläche eine gewisse Tiefe haben. Auf oberflächlichen oder breit offen liegenden Wunden werden die Wunderreger bald eliminiert.
3. Solche Vorgänge, die die Inokulation vorhandener Keime in die Tiefe von Wunden mit sich bringen, begünstigen. Hierbei spielt ohne unser Zutun vornehmlich die Stauung infektiöser Sekrete eine wichtige Rolle.

In der Geburthilfe ist deshalb besonders zu verhüten, daß nach dem Blasensprung der Abfluß der Fruchtwasserreste bei protrahierten Geburten irgendwie erschwert wird, namentlich wenn bereits eine Vermehrung infektiöser Keime im Genitale nachweisbar ist. Die Erfahrung lehrt, daß viele puerperale Infektionen gerade einer solchen Sekretstauung ihre Entstehung verdanken, wie sie künstlich durch Metreuryse, kombinierte Wendung und Scheidentamponade hervorgerufen wird. Rösler.

Plessen-Breslau berichtet über eine bei einer 60 jährigen Patientin beobachtete, rasch wachsende maligne Struma (Cystadenoma papilliferum thyreoideae), welche nebst zwei mit der linken S. jug. communis verwachsener Drüsen im Mai 1907 exstirpiert wurde. Im März und Juli 1908 wurden lokale Rezidive operiert. Seitdem ist das Allgemeinbefinden gut. Mikroskopisch ergab sich eine epitheliale Neubildung mit ausgesprochener Neigung der kubrischen bezw. zylindrischen Zellelemente, sich in Form verzweigter Papillen derart zu entwickeln, daß der Entwicklung jeder Papille die Bildung eines kleinen kolloidhaltigen Hohlraumes vorausgeht. Eine



zystische Kolloidstruma gab somit nach Ansicht des Verfassers das Substrat für die Entwicklung des Papilloms ab. Die histologisch und klinisch als maligne anzusprechende Tumorart nimmt eine Sonderstellung ein, da sie erst nach längerer Zeit lokale Rezidive macht und nur äußerst selten Metastasen in entfernteren Organen setzt. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 109. Bd. S. 238.) Fr. Kayser-Cöln.

Leopold-(Kalk-Cöln) teilt die Krankengeschichte einer 45jähr. gallensteinkranken Frau mit, bei welcher nach Freilegung der Leber ein gallenblasenartiges mit dem Duodenum verwachsenes Gebilde sich einstellte. Dies Gebilde erwies sich als der blasenartig stark erweiterte Choledochus. Die Gallenblase fehlte. Am Treffpunkt des Zystikus mit dem Choledochus fand sich ein erbsengroßes solides Wülstchen. Im Hepatikus mehrere Konkremente. Inzision in den Choledochus. Extraktion der Steine. Drainage. Glatte Heilung.

Abgesehen von der interessanten Tatsache eines entwicklungsgeschichtlich übrigens gut verständlichen angeborenen Defekts der Gallenblase beweist die Beobachtung die nun schon recht geläufige Ansicht, daß die Steinbildung außer in der Gallenblase auch in den Leber- und Gallenausscheidungsgängen vor sich gehen kann. Voraussetzung für die Steinbildung ist aber wohl immer eine die Stagnation der Galle begünstigende vorausgehende Erweiterung des Lumens. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 110. B. S. 628.) Fr. Kayser-Cöln.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Herff, Otto von, Operationskastration oder Röntgenkastration. (Münch. med. Wochenschrift 1912, No. 1.)

Die Kastration der Ovarien, die Hegar zuerst bei myomkranken, blutenden Patientinnen mit gutem Erfolge ausführte, ist nahezu verlassen worden. Wenngleich bei richtiger Technik in allen Lebensaltern in wenigstens 90 % ein voller funktioneller Erfolg, d. h. Ausbleiben der Menstruation und etwaige Blutungen bei Verkleinerung und Schrumpfung der Myome erzielt wurde, zeigten sich jedoch Mißerfolge vornehmlich bei Anwesenheit polypössubseröser Myome, auch maligne Erkrankungen im Beginn wurden übersehen. Fritsch hat recht, wenn er schreibt „es sei widersinnig, den Leib aufzuschneiden, das was gesund und für das Wohlbefinden nötig ist, die Eierstöcke zu entfernen, und das, was pathologisch ist und event. für die Zukunft gefährlich ist, zurückzulassen, das Myom". Mit Entdeckung der Röntgenstrahlen hat man nun auch versucht, durch Bestrahlung der Eierstöcke eine Kastration, d. h. antezipierte Klimax herbeizuführen. Wie oft die Röntgenkastration einen funktionellen Erfolg gewährleistet, ist zurzeit nicht bekannt, sie versagt jedenfalls leicht bei jugendlichen Frauen unter 40 Jahren und bei allen Fällen, in denen polypos submuköse, subseröse und zystisch degenerierte Tumoren vorliegen. Der einzige Vorzug der Röntgenkastration ist nach Herff, daß nicht operiert zu werden braucht; im übrigen ist neben dem unsicheren Erfolg, als weiterer Nachteil anzusehen, die sich auf Wochen erstreckende Behandlungsdauer und event. Röntgenschädigungen. Rösler.

Wolz, Elisabeth, Untersuchungen zur Morphologie der interstitiellen Eierstocksdrüse des Menschen. (Aus der Univ.-Frauenklin. in Bonn.) (Arch. f. Gyn. 1912, Bd. 97, H. 1.)

Nach einem orientierenden geschichtlichen Überblick über die bisherigen Forschungen teilt W. die an 20 Ovarien aus allen Stadien der Schwangerschaft ausgeführten eigenen Untersuchungen mit. Man hat den Eindruck, daß die W.schen Studien wohl zu den besten gehören, die auf diesem so strittigen, aber auch schwierigen Gebiete gemacht worden sind. Z. T. liegt das allerdings an dem außerordentlich geeigneten Material, welches W. zur Verfügung gestanden hat, denn nur an Ovarien Schwangerer lassen sich Untersuchungen über die sog. interstitielle Eierstockdrüse,



die nichts weiter als Theca interna-Zellenkomplexe atretischer Follikel ist, anstellen. Die Theca interna-Zellen haben zunächst die Aufgabe eines Reservoirs zur Ernährung des wachsenden Follikels; da aber bei der Atresie bereits zu einer Zeit eine Degeneration der Epithelien der Granulosa eintritt, wo die Theca interna-Zellen noch strotzend ernährt sind, müsse man annehmen, daß die Thecazellen noch Träger anderer Funktionen sind, von denen eine zu gewissen Zeiten, z. B. in der Gravidität, aber auch bei Myomen, bei Osteomalacie, besonders hervortritt, und zwar beginnt diese Funktion gerade zu der Zeit, in der die Epithelien zu degenerieren beginnen. Je mehr die Theca interna-Zellen diese zweite Funktion, d. h. die innersekretorische Drüsenfunktion übernahmen, desto mehr degenerieren die Granulosaepithelien. Während der Schwangerschaft wachsen immer neue Follikel heran, um zu atresieren; die größeren degenerieren bereits zu Beginn der Schwangerschaft, die kleinen erst am Ende. W. beschreibt dann eingehend die feineren Vorgänge bei der Atresie und kommt zu dem Resultat, welches durch seine Einfachheit für sich einnimmt, daß es nur eine Form der Atresie gebe. Die von Seitz als zystisch bezeichnete Form sei nur die Vorstufe der obliterierenden Form. Variationen in Größe und Form der atretischen Follikel seien durch die herrschenden Druckdifferenzen bedingt. Solange der Innendruck des Follikels überwiege, behalte der Follikel die zystische Gestalt bei. W. bildet Übergangsstufen von zystischen in obliterierende Follikel ab. Es lockert sich da die Grenzfaserschicht auf und es findet ein erneutes Einwachsen der Thea interna statt. — W. beschreibt dann Form und Anordnung der Theca interna-Zellen atretischer Follikel, wobei besonders hervorzuheben ist, daß die äußere Begrenzung atretischer Follikel durchaus nicht immer eine scharfe ist, so daß Konfluenzen vorkommen. In dieser Weise möchte W. die sog. Stromaluteinzellen von Seitz deuten: als versprengte Thecalutinzellen. — Von den eigentlichen Corpora lutea, die aus geplatzten Follikeln hervorgehen, sind die atretischen Follikel scharf zu trennen; es komme kein Übergang von Theca interna-Zellen in Granulosaluteinzellen der gelben Körper vor. — Des weiteren beschreibt W. eingehend die Rückbildungsvorgänge der interstitiellen Eierstocksdrüse, d. h. der atretischen Follikel; die Thecaluteinzellen gehen allmählich, wenn ihre Funktion erschöpft ist, zu Grunde, ebenso wie dies auch die echten Luteinzellen tun. Sie werden nicht zu Stromabindegewebszellen, wie das behauptet worden ist. Als Produkte der Rückbildung atretischer Follikel sind zu betrachten: die Corpora candicantia (die auch aus kleineren Corp. lut. hervorgehen können), die Corpora fibrosa und endlich hyaline Bänder als letzte Reste. (Die Corpora albicantia sind Rückbildungsprodukte der Corpora lutea.) — Bei ihrer Vollentwicklung werden etwa je 4—8 Thecaluteinzellen von Blutkapillaren umspült. In vielen Kapillaren fand W. sich mit Hämatoxylin-Sudan bläulichrot färbenden kolloiden Inhalt, ähnlich wie in der Schilddrüse, ein Zeichen drüsiger Funktion?

R. Klien-Leipzig.

Loeschke, Hermann, Untersuchungen über Entstehung und Bedeutung der Spaltbildungen in der Symphyse, sowie über physiologische Erweiterungsvorgänge am Becken Schwangerer und Gebärender. (Aus d. path. Inst. der Cölner Akad.) (Arch. f. Gyn. 1912, Bd. 96, H. 3.)

Aus L.'s Untersuchungen geht hervor, daß bei Erwachsenen beiderlei Geschlechtes an die Bandscheibe gebundene Spaltbildung in der Symphyse vorkommen, es handelt sich da um Bandscheibendegenerationen. Sie treten zuerst auf in einer Periode, in der die Symphyse unter ungünstigere Belastungsverhältnisse gerät. Eine zweite Form wird gebildet durch die traumatischen Spaltbildungen, die ausnahmslos bei Frauen, die geboren haben, sich finden; sie sind an keine anatomischen Grenzen gebunden. Bei der Geburt, aber auch schon in den letzten Monaten der ersten Schwangerschaft (hier durch den ins Becken tretenden Kopf) wird die Symphyse mehr oder weniger erheblich gedehnt, der hierdurch erzielte Raumzuwachs beträgt nach L. in der Beckeneingangsebene mehrere Quadratzenti-



meter. Außerdem findet bei jeder Schwangerschaft eine bleibende Vergrößerung des Beckens statt, durch erneutes Knochenwachstum, welches L. in histologischen Bildern vorführt. Bei Mehrgebärenden wurde an der Symphyse ein Knochenzuwachs von mehr als 2 cm beobachtet, der einem Flächenzuwachs der Beckeneingangsebene bis zu 15 qcm entsprechen würde. Ein gleichzeitiges Wachstum an den Ileosakralgelenken addiert sich hinzu. Dieses Knochenwachstum beruht wahrscheinlich auf innersekretorischen Vorgängen. Eine Eminentia retropubica ist am normalen Becken nicht vorhanden. Sie ist als eine Folge abnormer Belastungsvorgänge infolge mangelhafter Funktion der Bandscheibe anzusehen und bildet ein Analogon zu den Osteophytwucherungen der Spondylarthritis deformans; sie wird bei Frauen, die geboren haben, durch die Entwicklung starker Bandmassen erheblich vergrößert.
R. Klien-Leipzig.

Warnshuis, F. C., Ruptur eines Ovariums mit starker intraabdominaler Blutung unter dem Bilde einer rezidivierenden Appendizitis. (The Phys. a. Surg. 1912, pag. 123.)

Ein 17 jähriges Mädchen erkrankte zum zweiten Male unter dem Bilde einer akuten Appendizitis. Jedoch fehlte Fieber, dafür bestand eine deutliche Anämie. Seitliche Laparotomie: sofort entleerte sich z. T. geronnenes Blut, die Appendix war so gut wie nicht verändert, desgleichen die rechten Adnexe. Die linken Adnexe dagegen waren vergrößert und sehr weich. Deshalb nunmehr Medianlaparotomie. Es erwies sich die linke Tube völlig intakt, aber das Ovarium war ruptiert. Es wurde entfernt. — Leider stellte sich heraus, daß die Patientin eine Bluterin war; nach einigen Tagen war der Verband durchblutet; es handelte sich um eine kapilläre Blutung aus dem M. rectus, sowie um eine daselbst spritzende Arterie. Bald nach Stillung dieser Blutung starb die Patientin unter den Zeichen höchster Anämie. Sektion verweigert. R. Klien-Leipzig.

Farbach, Specific Treatment of Pyosalpinx. (New York Med. Rec. 1912. 81. Bd., p. 662.)

F. behandelte eine Reihe akuter und chronischer gonorrhoischer Pyosalpinxfälle mittels Injektionen von Antigonokokkenserum und autogener Vakzine, durchgehends mit gutem Erfolg, der auch vorhielt. Leider ist weder die Bezugsquelle des Serums angegeben, noch die Herstellungsweise der selbst bereiteten Vakzine. Immerhin sind die Erfolge an sich sehr beachtlich. R. Klien-Leipzig.

Hornstein, Franz, Beiträge zur Kasuistik der gynäkologischen Peritonitis. (Aus der gyn. Klinik der Akad. in Cöln.) (Arch. f. Gyn. 1912, Bd. 97, H. 1.)

Bericht über 5 sehr instruktive Fälle. In den ersten 3 Fällen handelte es sich um einen Befund, der wohl jedem Gynäkologen wiederholt vorgekommen ist, von dem man aber so gut wie nichts bisher gelesen hat — weil man sich genierte, eine Fehldiagnose einzugestehen, bez. etwas operiert zu haben, was aus dem gewöhnlichen Rahmen herausfällt (Ref.). Es handelte sich in den drei Fällen um mit den Symptomen einer akuten allgemeinen Peritonitis der Unterbauchgegend einhergehende akute eitrige Salpingitis. Solche Fälle werden meist diagnostiziert als Appendiziditen, als Tubenaborte u. a. Mancher wird nach Eröffnung des Abdomens und Erkennen des wirklichen Befundes das Gefühl gehabt haben: wenn du das gewußt hättest, würdest du nicht operiert haben. Und doch dürfte die Laparotomie sowie die Entfernung derartig veränderter Tuben in solchen Fällen das einzig richtige sein. Man kann es dem Eiter sub operatione nicht ansehen, welche Keime ihn hervorgebracht haben. Selbst bei jungen Frauen erscheint es gewagt, derartige Tuben mit oder ohne einfache Unterbindung am Uteruswinkel, wie H. das vorschlägt, zurückzulassen. Die drei Fälle, die selbstverständlich nach außen dräniert wurden (ein mit Gaze umwickeltes Drainrohr vom Douglas durch den unteren Winkel des medianen Bauchschnittes, 2 dergleichen Drains je durch eine Öffnung in der Gegend der Spina il. ant. sup.), heilten. Im ersten Fall, der nebenbei eine Schwangerschaft aufwies, fanden sich grampositive Stäbchen, keine Gono-



kokken, es waren vom Ehemann kriminelle Einspritzungen in die Gebärmutter gemacht worden. Im zweiten Fall wurden Gonokokken, allerdings nur im Ausstrich, gefunden. Im dritten Fall fanden sich überhaupt keine Bakterien. Stets aber war es bereits infolge Eiteraustrittes aus den Tuben zu einem trüben, serösen Exsudat in der Beckenbauchfellhöhle gekommen. Zweimal hatte offenbar die Menstruation die Gelegenheitsursache gespielt. — Im vierten Fall war es, auch bei Gelegenheit der Menstruation, zur Entstehung eines Ovarialabszesses gekommen. Nach dessen vaginaler Eröffnung hatten Symptome einer diffusen Peritonitis der Unterbauchgegend eingesetzt; Laparotomie mit dreifacher Drainage. Nach und nach Heilung. Staphylokokken. — Im fünften Fall endlich, der, obwohl rasch zur Operation gekommen, ad exitum kam, waren wiederum vom Manne behufs Abtreibung intrauterine Kamillenteeinjektionen gemacht worden. Rahmiger Eiter in den Tuben, enthaltend typische Pneumokokken. Trotz Kampferöleingießung und mehrfacher Drainage Tod an Peritonitis. R. Klien-Leipzig.

De Witt, L. H. S., Zwei Fälle vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta. (The Phys. and Surg. 1912, pag. 127.)

Eine V.-Schw. wurde nach wiederholten Blutungen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ins Hospital gebracht. Hier wurde ebenfalls eine starke Blutung von zweitägiger Dauer beobachtet. Daraufhin Dehnung des Zervikalkanals nach Harris, Wendung und Extraktion eines 7 Monatsfötus. Plazenta kam sofort nach. Puls 150, besserte sich auf Infusion usw. Vier Stunden p. part. Tod unter den Erscheinungen der Lungenembolie. — Eine VI.-Schw. bekam im 6. Monat wiederholt Blutungen. Vaginaler Kaiserschnitt. Fötus 18 cm lang. Heilung. — An beiden Plazenten konnten die Stellen nachgewiesen werden, an denen die Ablösung stattgefunden hatte.

R. Klien-Leipzig.

Béhague, A., Zwei Fälle von Inversio uteri, verschiedenen Ursprungs. (L'Écho méd. du Nord. 1912, pag. 273.)

Im ersten Fall war einem 16 jährigen Mädchen ein submuköses Myom, welches z. T. geboren war, entfernt worden. 1/2 Jahr danach hatte sich ohne besonders stürmische Erscheinungen eine Uterusinversion entwickelt, welche in Narkose manuell reponiert wurde. Dabei ereignete sich ein querer Einriß in der hinteren Zervixwand bis in den Douglas hinein. Er heilte reaktionslos unter Gazetamponade. — Der zweite Fall betraf eine Zweitgebärende. Die Nachgeburt war künstlich entfernt worden. Etwa acht Tage post part. wurde die Inversion konstatiert. Da die manuelle Reposition nicht gelang, wurde nach Doyen eine quere vordere Kolpotomie gemacht, hierauf die vordere Zervixwand median gespalten und die Inversion zurückgebracht. Naht. Heilung. — B. erachtet die Operation durch das vordere Scheidengewölbe im allgemeinen für leichter und sicherer, als die durch das hintere, auch in bezug auf Vermeidung späterer Retroversionsbildung. R. Klien-Leipzig.

Psychiatrie und Neurologie.

Gutenberg, Ein Fall von Schwefelkohlenstoffataxie. (Korrespondenzbl. f. d. Großherzogt. Hessen 1912, Nr. 8.)

Der 28 Jahre alte Patient trat vor etwa einem Jahre in die Behandlung des Vortragenden wegen Steifigkeit, Unsicherheit und rascher Ermüdung der Beine. Er habe zwar immer einen täppischen Gang gehabt, jedoch stets ohne Beschwerden und ausdauernd laufen sowie große Lasten heben und tragen können, was ihm jetzt nicht mehr möglich sei. Das Leiden hätte um Weihnachten 1910 mit Müdigkeit und Stechen „wie mit Nadeln" in den Waden begonnen und hinge wohl mit den Schwefelkohlenstoffdünsten zusammen, denen er bei seiner Beschäftigung in einer Fettfabrik ausgesetzt gewesen sei.

Betreffs seiner hereditären und anamnestischen Verhältnisse ist zu be-



merken, daß der Vater gesund ist, die Mutter an chronischem Rheumatismus leidet. Ein angeblich an Typhus verstorbener Bruder hatte infolge unmäßigen Rauchens eine Nikotinvergiftung. Auch sei er infolge eines Falles auf den Kopf zeitweise „aufgeregt“ gewesen. Ein Vetter starb an Zuckerkrankheit. — Außer der Unbeholfenheit und Müdigkeit in den Beinen und der Empfindung, als ob er „wie betrunken“ gehe, hat der Kranke keine subjektiven Klagen, insbesondere nicht über Parästhesien, Schmerzen, Muskelzuckungen und dergl. Nur ist er immer erregbar gewesen und zu weinerlicher Stimmung geneigt.

Die Untersuchung ergibt einen ausgesprochen ataktisch-spastisch-paretischen Gang, dessen Unsicherheit bei Augenschluß noch bedeutend verstärkt wird. Lage- und Muskelgefühl ist jedoch sonst intakt, und ist auch — abgesehen von der Schlaffheit der Muskulatur — keine besondere Abmagerung und keinerlei trophische Störung zu bemerken. Die Sensibilität bei Berührung ist nur an der Beugefläche der Zehen deutlich herabgesetzt, wo beiderseits zwischen stumpf und spitz nicht unterschieden wird. Auch hat die elektrische Erregbarkeit an den Unterschenkeln eine Herabsetzung erfahren. Die Augenreflexe ebenso wie der Gaumenreflex, Periostreflexe, Bauch- und Cremasterreflexe sind vorhanden und zeigen nichts Abnormes. Jedoch ist der Patellarreflex mäßig verstärkt, und starker Fußklonus vorhanden, der zwar seit der Zeit der ersten Untersuchung an Intensität etwas nachgelassen hat. Der Fußsohlenreflex ist schwer auszulösen, zeigt aber dann deutliches Babinskisches Phänomen.

Da das Leiden seit der Tätigkeit des Kranken in einem Betriebe, in welchem Schwefelkohlenstoff benutzt wird, seinen Anfang genommen, er auch genau angibt, daß bevor die jetzigen Beschwerden in den Beinen sich einstellten, diese bei der Berührung mit dem CS_2-Dunste kalt geworden, und auch in den Hoden eigentümliche Empfindungen von Kälte und Schwere aufgetreten seien, welche Erscheinung nach Lewin bei den Arbeitern in solchen Betrieben als pathognomisch gilt, so dürfte an dem Charakter des Leidens als einer Ataxie infolge chronischer CS_2-Vergiftung nicht zu zweifeln sein.

Der Vortragende geht noch auf die Toxikologie des Schwefelkohlenstoffs, insbesondere auf die Bedeutung desselben als hervorragendes Nervengift ein, bespricht die verschiedenen Formen der Nervenschädigung (Neuritis, Ataxie, CS_2-Psychosen) und erörtert dann noch die Prognose und Therapie. Die erstere sei besonders im vorliegenden Falle dubiös, da die Vergiftung ein anscheinend sehr labiles Nervensystem getroffen, und auch die ökonomischen Verhältnisse des Kranken einer Heilung nicht gerade günstig seien. Doch habe eine Kur in Bad Nauheim im vorigen Jahre eine entschiedene Besserung gebracht, die nur dadurch wieder illusorisch wurde, daß der Kranke abermals seine Tätigkeit in dem ihm so gefährlichen Betrieb aufnahm. Immerhin dürfte ein nochmaliges Kurverfahren in Nauheim anzuraten sein, zumal die Bäderbehandlung immer noch am ehesten einen Erfolg zu versprechen scheint. Neumann.

von Heuss, Zwangsvorstellungen in der Pubertät unter besonderer Berücksichtigung militärischer Verhältnisse. Inaug. Dissertation. (Berlin 1910.)

Der Arbeit liegt ein sehr gründliches Studium der Literatur sowie 85 überwiegend dem militärischen Milieu entstammenden Fälle von Zwangsvorstellungen in der Pubertät zu Grunde. Ref. muß sich ein ausführliches Referat an dieser Stelle leider versagen, möchte aber nicht verfehlen, nachdrücklich auf das Studium des Originals hinzuweisen.

Die Schlußfolgerungen formuliert Verfasser folgendermaßen:

1. Echte Zwangsvorstellungen mit spezifisch militärischem Inhalt können nur ein oder das andere Mal zu offnem Konflikt mit der Disziplin führen, da die sofortige Entfernung aus dem militärischen Milieu die notwendige Folge des ersten Manifestwerdens ist.

2. Zwangsvorstellungen wurden freiwillig nur geäußert in der Absicht, dadurch dienstunbrauchbar oder straffrei zu werden.



3. Zwangsvorstellungen kommen auch als ätiologische Faktoren neben der großen Gruppe der sexuellen und nistalgischen Motive (Stier) für unerlaubte Entfernung in Betracht.

4. Hartnäckigkeit der Zwangsvorstellung, Einfluß auf die Ideenassoziation und Alter beim ersten Auftreten sind im allgemeinen ein Gradmesser für die Schwere einer psychopathischen Konstitution (Soutzo).

5. Echte Zwangsvorstellungen sind bei Dementia hebephrenica äußerst selten. Daraus erhellt ihre diagnostische Wichtigkeit bei einer für Hebephrenie verdächtigen Erkrankung.

6. Da Zwangsvorstellungen ein Symptom einer schweren allgemeinen seelischen Gleichgewichtsstörung im Sinne obiger Krankheitsbilder sind, so ist die Dienstfähigkeit damit behafteter Militärpersonen zunächst zweifelhaft. In allen Fällen empfiehlt sich deshalb, längere Lazarettbehandlung. Nicht selten wird man dann dahin kommen müssen, die Dienstunfähigkeit auszusprechen. Im einzelnen Falle in sinngemäßer Anwendung der Anlage J. E. 15 der Heerordnung. K. Boas-Straßburg i. E.

Augenheilkunde.

Kreibich (Prag), Zur Entstehung des Retinapigmentes. (Sitzung d. Wissenschaftl. Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen am 12. Januar 1912.)

In dem retinalen Pigmentepithel über dem Tapetum eines Rinderauges mit Linsentrübung, aber auch in normalen Ochsenaugen ließ sich die Entstehung des Retinapigmentes aus dem Myeloid Kühnes verfolgen. In dem runden oder scholligen Myeloidkörper traten runde oder kristallinische pigmentierte Anteile auf, welche dem körnigen oder kristallinischen Retinapigment entsprechen und gegen die Ora serrata zu den Myeloidkörper vollkommen erfüllen. Beim Menschen besitzt ein Teil des Pigmentkornes noch die sudanophile Komponente, bei einem anderen Teil kommt dieselbe nach Bleichung mit H_2O_2 zum Vorschein. Weiteres findet man in manchen Zellen größere Myeloidtropfen, seltener eine Myeloidschale, häufiger wieder zusammengepackte Kristallkomplexe. Dieselbe Entstehungsart des Pigmentes findet sich noch weiter angedeutet im Ciliarepithel und in den Klumpenzellen der Iris und des Ciliarkörpers. Letztere zeigen als Abkömmlinge des retinalen Pigmentepithels ebenso wie der epitheliale Dilatator und Sphinkter pupillae myeloide Pigmentation.

Wörtliche Abschrift aus der Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges vom 2. Mai 1912, Nr. 29, S. 239.)

Jodglidine. Im Anschluß an Doppelstarextraktionen sah Kollege H. in W. (laut privater Mitteilung) bei Gebrauch von Jodglidine ganz unerwartete Aufhellung, so daß die als nötig erachtete Nachstaroperation unterbleiben konnte. Der charakteristische Fall verdankt seinen glatten Verlauf zweifellos teilweise der Jodglidine, welche übrigens auch bei Arteriosklerose ein günstig wirkendes Mittel ist. Eingehendere Versuche, vielleicht vergleichende mit Rücksicht auf die Wirkung von Jodnatriuminstillationen dürften sich wohl lohnen.

Hautkrankheiten und Syphilis.
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Dreuw (Berlin), Die Mikrosporie. (Zeitschr. für ärztl. Fortbildung 1912, Nr. 4.)

Nach einigen botanischen und historischen Vorbemerkungen über die Mikrosporie bespricht Dreuw zunächst die Erreger der Krankheit, von denen wir zwei zu unterscheiden haben, das Mikrosporon Audouini und das M. lanosum, das sich von ersterem durch die Kultur, die häufigen Hautherde und eine die Sporen umgebende Hornscheide unterscheidet. Die



Schuppen oder Haare werden mikroskopisch und bakteriologisch untersucht, die dazu angegebenen Methoden werden am besten im Original nachgelesen. Was nun die Symptome der Krankheit anbetrifft, so sind für die durch das M. Audouini hervorgerufene Form folgende zu nennen: Auf der behaarten Kopfhaut finden sich ovale oder rundliche Stellen, die infolge der Schuppen ein gepudertes Aussehen haben. Die Haare an dieser Stelle sind spärlich, brüchig und von einer weißlich grauen Scheide umgeben. Mehr als 12 derartiger scharf umgrenzter Stellen findet man gewöhnlich nicht. Die Erkrankung betrifft nur Kinder bis zu 14 Jahren. Eine Unterscheidung der durch das M. lanosum hervorgerufenen Form ist nur durch die Kultur möglich. Differentialdiagnostisch kommen eine große Zahl Erkrankungen in Frage, doch können sie alle mit Leichtigkeit durch die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung ausgeschieden werden.

Für die Therapie sind verschiedene Methoden empfehlenswert. Einmal die Röntgenbehandlung, die auf sichere, angenehme, schmerzlose und ungefährliche Weise epilierend wirkt. Entweder bestrahlt man bei zahlreichen Stellen den ganzen Kopf oder bei weniger zahlreichen jede einzelne. Nach 14 Tagen beginnt der Haarausfall, worauf man zur Verhütung einer Infektion der gesunden Kopfhaut energisch Einreibungen des Kopfes mit Jodtinktur 1,0 und Alkohol (80 % ig) 9,0 vornimmt. Ungefähr 10 Wochen nach der Bestrahlung wachsen die neuen Haare. Andere Methoden sind chemischer Natur. Sabouraud epiliert nach Rasieren die Peripherie der erkrankten Stelle, seift dann abends ein und reibt sie ein mit Jodtinktur 1,0 und Alkohol absol. 3,0 und trägt am nächsten Abend folgende Salbe auf: Acid. pyrogall. 4,0, Ol. cadin. 16,0, Vasel. flav. ad 100,0. Plaut trägt auf den geschorenen und gereinigten Kopf Epikarin 5,0, Alkohol 80,0, Äther 20,0 auf alle Stellen auf, nur wenn sie zu zahlreich sind, nimmt er Jodtinktur 1:4. Nach 24 Stunden reinigt er sie mit Petroleumäther, wäscht sie mit 2 % iger Formalinlösung ab und epiliert sodann, um dann Zinkpaste aufzulegen. Diese Behandlung wird bis zur völligen Elimination der Stümpfe fortgesetzt.

Dreuw wendet in Kombination mit anderen Methoden folgende Salbe an: Acid. sal. 10,0, Chrysarolin. Ol. rusc. aa 20,0, Sapon. virid., Lanol. anhydr. aa 25,0.

Die starke Salbe bildet mit der gesunden Umgebung eine stete Membran und bewirkt auf der erkrankten Stelle einen intensiven pilztötenden Reiz. Er bringt diese Salbe 3—5 Tage lang täglich 1—2 mal auf die vorher gründlich kurz geschnittene Stelle, dann wendet er 3—5 Tage Jodtinktur an. Nun wird 2—3 Tage Zinkpaste aufgelegt, zuletzt der Kopf tüchtig gewaschen und dieser Zyklus wieder von neuem begonnen. Die eben geschilderte Behandlung verbindet Dr. gern mit einer Pyrogallolsalbenbehandlung und Röntgenbestrahlung. F. Walther.

Newmark, The occurence of a positive Wassermann reaction in two cases of non-specific tumour of the central nervous system. (Das Vorkommen einer positiven Wassermann'schen Reaktion in zwei Fällen von nichtspezifischem Tumor des Zentralnervensystems.) (Journ. of the American med. Association 1912. January 6.)

Bericht über zwei Fälle von nicht syphilitischer Neubildung im Bereich des Zentralnervensystems. In beiden war die Wassermannsche Reaktion positiv. Diese ist daher mit Vorsicht zu verwerten, da, wie die Fälle des Verfassers zeigen, gelegentlich Ausnahmen von der Regel vorkommen. Man hat in solchen Fällen entweder an eine Fehlerquelle der Reaktion oder an eine okkulte Syphilis zu denken.

K. Boas-Straßburg i. E.

Klausner, Dr., Über Reinfektion und Pseudoreinfektion nach Salvarsan.

Der Vortragende erörtert den heutigen Stand der Reinfektio-Frage mit besonderer Berücksichtigung ähnlicher Krankheitsbilder (Sekundäraffekte, Superinfektion).

Anschließend wird die Krankheitsgeschichte eines Falles wiedergegeben. Im November 1910 wurde beim Patienten Lues klinisch diagnostiziert. (Skle-



rose, Spirochaetenbefund, Skleradenitis, papulopustulöses Syphilid, Wassermann.) Etwa 1 Jahr später neuerliche Infektion mit Lues. Sklerose, Wassermann negativ, Spirochaetenbefund positiv, Skleradenitis ing. dextra. In der 7. Woche nach dem extramatrimoniellen Koitus Wassermann positiv. In der 8. Woche Ausbruch eines universellen makulopapulösen Exanthems. Der Vortragende hält den Fall für echte Reinfectio syphilitica und betont die zunehmende Häufigkeit derselben nach Salvarsanbehandlung.

Wehrli (Frauenfeld), Der praktische Arzt und die nach v. Dungern-Hirschfeld vereinfachte Wassermann'sche Reaktion. (Schweizerische med. Rundschau 1911. Nr. 12.)

Zusammenfassung:

Die v. Dungernsche Reaktion der Wassermannschen Syphilisreaktion kann von jedem in der mikroskopischen Technik einigermaßen bewanderten und dadurch an exaktes Arbeiten gewöhnten praktischen Arzte leicht und rasch in der Sprechstunde vorgenommen werden.

Ihre Ausführung fordert für den Geübten im ganzen zirka 9 Minuten aufmerksamer Arbeit, verteilt auf $1^1/_2$ bis 2 Stunden.

Ihre Resultate sind bei eindeutigen Reaktionen — unter Berücksichtigung der bisherigen Literatur über praktische Untersuchungen und Kontrollproben — der originären Wassermannschen Reaktion in ihrem diagnostischen Werte ebenbürtig.

Besondere Vorteile bietet das v. Dungernsche Syphilisdiagnostikum dem Spezialisten, der oft initiale Tabes und Paralyse zur Beobachtung bekommt und welcher häufig bei der nicht selten luetischen Keratitis parenchymatosa und Iritis usw. rasch über die Ätiologie informiert sein muß.

K. Boas-Straßburg i. E.

Dreuw, Unguenta adhäsiva. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 1.)

Verfasser empfiehlt folgende „Klebesalbe": Acid. salicyl. 10,0, Pyrogallol., Liq. carbon. deterg. aa. 20,0, Zinc. oxydat. 20,0, Sapon. virid., Adip. lan. anhydric. āā 25,0 Misc. Ungt. adhaesiv. Die Salbe hat eine klebrige Konsistenz, wie sie bisher noch keine Salbe aufzuweisen hatte. Die Wirkung der Salbe ist namentlich bei chronischen infiltrierten Ekzemen manchmal geradezu frappant.

M. Kaufmann-Mannheim.

Medikamentöse Therapie.

Schäfer, O. (Berlin), Bromural in der Kinderpraxis.

Schäfer versuchte das Bromural wegen seiner Bekömmlichkeit und Unschädlichkeit bei hysterischem Erbrechen und Schlaflosigkeit, Pavor noct, Enuresis, Tic convulsif der Kinder mit gutem Erfolge.

Esch.

Erfahrungen mit Codeonal, einem neuen Hypnotikum. Von Medizinalpraktikant V. Grzibek. (Aus der Provinzial-Irrenanstalt, Dziekanka bei Gnesen. Direkt.: Geh.-Rat Dr. Kayser.) (Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1912, Nr. 9.)

Angewandt wurde das Codeonal als Beruhigungs- und Schlafmittel bei 2 Frauen und 30 Männern, oft in langer Wiederholung, bei schweren melancholischen Angstzuständen, bei seniler Demenz mit ihren akut auftretenden Verwirrtheitszuständen, bei Katatonie, Dementia praecox paranoides, Paralyse, Manie, Paranoia, bei den Verwirrtheits- und Aufregungszuständen Imbeziller, Degenerierter und Idioten, schließlich in Selbstversuchen bei nervöser Agrypnie.

Bei schweren Erregungen gab Verfasser 2 und 1 und nach einer Stunde noch 1 Tablette. Um Schlaf für die Nacht und Beruhigung für den folgenden Tag zu erzielen, ging er bis zu 7 Tabletten, indem er abends 4, morgens 3 Tabletten gab. Bei dieser Dosierung war von unerwünschten Nebenwirkungen nichts zu sehen, auch wurde nie über Eingenommenheit des Kopfes und Müdigkeit am Morgen geklagt, obgleich in der Nacht 5 Tabletten angewandt worden waren. Magenschmerzen und Erbrechen, Obstipation, Eiweiß im Urin konnte auch nach längerem Gebrauch in großen



Dosen nicht beobachtet werden, ebenso wenig eine Schädigung des Kreislaufes oder eine Herabsetzung der Körpertemperatur.

Im großen und ganzen konnte eine sedative Wirkung am Tage, eine hypnotische bei Nacht, wenn bei leichten Erregungen drei, bei schweren vier, nur äußerst selten fünf Tabletten gegeben wurden, festgestellt werden. Vor allem bewährt sich das Mittel bei schweren Angstzuständen Depressiver, insbesondere augenfällig bei den zwei melancholischen Frauen.

Sechsmal verwandte Verfasser an sich selbst das Mittel gegen nervöse Schlaflosigkeit. Zwei Tabletten bewirkten einen tiefen Schlaf von $6^1/_2$ bis 7 Stunden.

Auf Grund seiner Erfahrungen hält G. das Codeonal für ein Narkotikum, das geeignet ist, bei Zuständen von Schlaflosigkeit und bei nicht allzu schweren Aufregungszuständen der verschiedensten Psychosen Gutes zu leisten, ohne daß es den Organismus in den gewöhnlichen Dosen in irgendeiner Beziehung schädigt. Besonders bei Melancholie dürften, auch bei stärkerer Erregung, weitere Versuche empfehlenswert sein. Bei sonstigen sehr schweren Erregungen versagt das Codeonal in der Regel. Ist man gezwungen, längere Zeit hindurch mit Narkotizis vorzugehen, so ist das Codeonal ein willkommenes Mittel zur Abwechslung. Auch wird die Anwendung des Codeonals wegen seiner Unschädlichkeit besonders bei körperlich reduzierten Kranken angebracht sein. Neumann.

Tischler, Hugo (Berlin), **Über die Unschädlichkeit des Bromurals. (Mediz. Klinik 1912, Nr. 19.)**

Eine 45 jährige Frau hatte nach ärztlicher Vorschrift wiederholt wegen nervöser Schlaflosigkeit mit gutem Erfolg zwei Bromuraltabletten genommen. Eines Tages geriet sie aus häuslichen Gründen in große Aufregung. Um sich Ruhe zu verschaffen, nahm sie in wenigen Stunden 21 Bromuraltabletten zu sich.

Als der Verfasser am Abend gerufen wurde, fand er die Patientin im Bette liegend vor. Herz und Atmung waren in bester Ordnung und ließen nicht auf irgendeine Vergiftung schließen. Die Patientin war bei vollem Bewußtsein, klagte aber über Übelkeit und die Unmöglichkeit, sich aufrecht zu halten. Am nächsten Tage war sie bereits außer Bett, die Übelkeit war fast völlig verschwunden; Patientin ging ohne Schwanken umher. 21 Bromuraltabletten hatten also in diesem Falle, abgesehen von dem vorübergehenden Unwohlsein, keine nennenswerte schädliche Wirkung herbeigeführt. Neumann.

Neuere Rezeptformeln.

Bei chronischen Ekzemen.

Rp. Liq. carbon. deterg. 2,0
Hydrarg. praec. alb. 0,65
Vasogen. ad 30,0.
M. f. ungt.

Oder Lenigallol kann Verwendung finden, allmählich steigend bis 4,0 : 30,0.

(Dr. Meachen, London: The Practitioner, 12, No. 5.)

Bei Kinderekzemen.

Rp. Anthrasol. gtt. XXV
Lanolin. 75,0
Amyl.
Zinc. oxyd. āā ad 100,0
M. f. ungt.

Rp. Lenigallol.
Anthrasol. āā 1,0
Pasta Lassar. ad 50,0
M. f. ungt.

(Dr. Simpson, Washington: The Jour. of the Americ. Med. Ass., 1912, No. 14.)

Bei Nagelekzemen.

„Im subakuten und chronischen Stadium ist die Teerbehandlung die Methode der Wahl. Man lasse dann heiße Bäder (mit Seife- oder Sodazusatz) nehmen und dann auf die Nagelplatten und auf die ganze Nagelphalanx pinseln:



Rp. Anthrasol. 10—20,0
Acid. salic. 5,0
Ol. oliv. 25,0

(Prof. Dr. J. Heller, Berlin-Charlottenburg: Handbuch der Kosmetik, 1912, S. 616.)

Bei Psoriasis.

„Neben dem Chysarobin sind als äußere Psoriasismittel zu empfehlen Ol. rusci und andere Teerpräparate. Besonders empfehlenswert ist

Rp. Anthrasol. 10,0
Ungt. Glycerin. ad 100,0

und Einpinselung mit reinem Steinkohlenteer oder Lianthral, Teersapalcol."
(Privatozent Dr. Pinkus, Berlin: Med. Klinik, 1912, No. 17.)

Neumann.

Röntgenologie und physikalisch-diätetische Heilmethoden.

Heliotherapie der Tuberkulose. (Société de Pédiatrie 1912, 12. März.)

Tuberkulose und Syphilis gelten z. Z. für die verbreitetsten Krankheiten. Aber während das zweifelhafte Heilmittel Nr. 606 noch im Versuchsstadium mit einer geradezu blinden Begeisterung von der Allgemeinheit aufgenommen worden ist, gewinnt die bewährte Heliotherapie der Tuberkulose erstaunlich langsam die verdiente Anerkennung. Voltaires Satz besteht somit noch immer zu recht: „Zur Weisheit macht die Welt nur langsame Schritte."

In der Sitzung der Société de Pédiatrie vom 12. März berichteten Armand-Delille, Rist und Mme Nageotte über geradezu erstaunliche Resultate der Sonnenstrahlentherapie in Höhenkurorten bei Knochen- und Gelenktuberkulose: rasche Umstimmung des Allgemeinbefindens, Wiederkehr eines enormen Appetits, Heiterkeit und Lebhaftigkeit, und Heilung des Lokal-Leidens. Auf Grund dieser Mitteilungen beauftragte die Gesellschaft eine Kommission mit dem Studium folgender Fragen:

1. In wie weit sich die Heliotherapie mit der Thalassotherapie verbinden lasse?
2. Wo in den französischen Alpen oder Pyrenäen geeignete Kurorte einzurichten wären? (namentlich für Winterkuren).
3. Ob einige in Berck ungeheilt gebliebene Patienten, welche versuchshalber nach Leysin zu schicken wären, in Leysin zur Heilung kommen?

Insbesondere der letzgenannte Punkt verdient vollen Beifall. Lange Reden und geistreiche Theorien kann man sich so lange schenken, bis erst einmal die Tatsachen erhärtet sind. Ob aber gerade eine Kommission, also ein Multiplum von Köpfen, zur Beantwortung der gestellten Fragen erforderlich ist, scheint mir fraglich. Kriegsräte in jeglicher Gestalt haben noch nie viel Gutes gestiftet. Das Wesentliche, genaues Zusehen und entschlossenes Denken, hängt doch immer am einzelnen. Grillparzer wird deshalb noch für lange Zeit Recht behalten mit seinem Spruch:

„Ich finde nicht, daß die Gesellschaft fördert.
Was einem obliegt, muß man selber tun."

Buttersack-Berlin.

Kisch, E. H., Die Radioaktivität in der Balneotherapie. (Prag. mediz. Wochenschr. 1912, 37. J., S. 309.)

Kisch hält nur an Quellen mit besonders hohem Emanationsgehalt die Schaffung von Emanatorien für gerechtfertigt. Dagegen gehören Emanatorien mit künstlichen Präparaten auf die Kliniken, in Sanatorien, aber nicht in Kurorte, gewiß nicht in Kurorte mit heilkräftigen Quellen. Man wird diese Tendenz nach reinlicher Scheidung nur begrüßen können.

Sofer.



Allgemeines.

Wohnungsordnung für die Stadt München vom 23. Nov. 1911. (Veröffentl d. Kais. Gesdh.-A. 1912, Nr. 21.)

Mit dem 1. Dezember 1911 ist in München eine Wohnungsordnung in Kraft getreten, die das Wohnungselend in Großstädten zu mildern berufen ist, falls es möglich ist, die gestellten Forderungen zu realisieren. Jede Familienwohnung soll in der Regel wenigstens aus einem heizbaren Wohnraum von zusammen — einschließlich des zugehörigen Vorplatzes und etwaiger Nebenräume — mindestens 30 qm Grundfläche bestehen und einen eigenen Zugang haben. Schlafräume gelten als überfüllt, wenn in ihnen nicht auf jede Person über 14 Jahren ein Lufträum von mindestens 15 cbm, auf jedes Kind ein solcher von 8 cbm trifft. Als überfüllt ist eine Wohnung anzusehen, wenn sie einschließlich des zugehörigen Vorplatzes sowie etwaiger Nebenräume nicht für jede Person über 14 Jahren wenigstens 20 cbm und für jedes Kind wenigstens 10 cbm Luftraum bietet. Auch die Untervermietung und Aufnahme von Schlafleuten ist besonderen Vorschriften unterworfen, die den Mietern wie den Vermietern einen hinreichenden Luftraum sichern und die sittliche Gefährdung besonders der Kinder verhüten.

H. Bischoff.

Ein Streik der Kranken.

In Odessa wollten sich vor kurzem die Kranken der dermatologischen und venerischen Abteilung nicht weiter behandeln lassen. Sie verlangten kategorisch die Anwendung des „606“ und protestierten gegen die veralteten Methoden ihrer Ärzte.

Hoffentlich hat man den Patienten ihren Willen getan und sie auf diese Weise entweder von ihren Krankheiten oder von ihrer Überschätzung des Neuesten, Allerneuesten geheilt. Buttersack-Berlin.

Bücherschau.

Brosch, Anton (Wien), **Das subaquale Innenbad.** Unter Mitwirkung von O. v. Aufschnaiter (Baden bei Wien). (2. Aufl. Leipzig/Wien, Franz Deuticke. 1912, 114 S., 3 M.)

Das wesentlich Neue an dem vorliegenden Buch ist die Idee, Darmausspülungen im Bad vorzunehmen, also: während auf dem Bauch ein erhöhter Druck lastet und die statischen und nervösen Verhältnisse verändert sind. Wie das technisch zu machen ist, wird auf den letzten 24 Seiten beschrieben. Die ersten 90 Seiten sind allen möglichen Dingen gewidmet, namentlich den Sexualneurosen und der Verstopfung als Kulturkrankheit, sowie einer Auseinandersetzung, wie das subaquale Innenbad vom biologischen, ethischen, kosmetischen, hygienischen, sozialen, psychischen Standpunkt aus köstlich sei. Leider fehlen klinische Mitteilungen, an denen der Arzt als Praktiker die therapeutischen Effekte der neuen Darmreinigungsmethode abschätzen könnte.

In der Theorie erscheint die Sache ohne weiteres einleuchtend, so daß für die 3. Auflage Erfolge aus der Praxis ohne Zweifel zu Gebote stehen.

Buttersack-Berlin.

Gebele, Hubert, Die chirurgischen Untersuchungsmethoden. (Lehrbuch. f. Stud. und Ärzte. J. F. Lehmann's Verlag. München 1912. 8 Mk., 192 S., 154 Abb., 18 Tafeln.)

Das Werkchen führt vor allem dem angehenden Arzt alle diejenigen diagnostischen Hilfsmittel in Kürze vor, über die heutzutage der Spezialist verfügt. Damit ist natürlich nicht gesagt, daß der praktische Arzt nach Lektüre des Buches sich aller der beschriebenen Methoden etwa selbst bedienen könnte. Wer könnte z. B. nach der Beschreibung eine endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, des Magens, der Trachea, der Flexura sigmoidea, wer den Ureterenkatheterismus ausführen? Immerhin wird der Leser



darüber informiert, ob es im konkreten Fall möglich ist, noch weitere Untersuchungsmethoden zur Klärung der Sachlage heranzuziehen. Er findet Aufklärung über folgende Kapitel: Anamnese, Adspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation, Sondierung, Punktion, Endoskopie und Radiographie. Ferner sind berücksichtigt die makroskopische, chemische, mikroskopische und bakteriologische Untersuchung der Sekrete, Exkrete, der Trans- und Exsudate, sowie des Blutes, einschließlich der Serodiagnostik. Endlich ist die funktionelle Nierendiagnostik in ihren Grundzügen dargestellt. Die Ausstattung des Buches ist gut. R. Klien-Leipzig.

Clairmont, P. und Haudek, M. (Wien), Die Bedeutung der Magenradiologie für die Chirurgie. (Jena 1911, Verlag von Gustav Fischer, 96 S. mit 8 Abbildungen.)

Ein Chirurg und ein Röntgenologe haben in dieser Abhandlung die Resultate ihrer gemeinsamen Forschung niedergelegt. Die Patienten wurden zuerst in der üblichen Weise klinisch untersucht, dann ohne Bekanntgabe der klinischen Diagnose dem Röntgenologen überwiesen; die meist nachfolgende operative Autopsie gab die Möglichkeit, die Zuverlässigkeit und Grenzen beider Methoden einwandsfrei zu prüfen. Von den über 200 so untersuchten Fällen sind 35 ausführlicher beschrieben. Es erhellt daraus die außerordentliche Wichtigkeit der radiologischen Untersuchung. Die instruktive Studie, die übrigens auch eine große Zahl klinisch, namentlich differentialdiagnostisch interessanter Ausführungen enthält, ist jedem Arzte warm zu empfehlen. W. Guttmann.

Zweig, W. (Wien), Die Pathologie und Therapie der Enteroptose und ihre Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen. (Halle 1911, Verlag Carl Marhold, 62 Seiten. 1,50 Mk.)

Eine lesenswerte Monographie, in der auch die Theraphie ausführlich berücksichtigt ist. W. Guttmann.

Bennecke, Bau und Leben der Bakterien. Mit 105 Abbildungen im Text. 650 Seiten. Preis M. 15,—. Leipzig und Berlin 1912. Verlag von B. G. Teubner.

Dähnhardt, Natursagen. Eine Sammlung naturdeutender Sagen, Märchen, Fabeln und Legenden. Band IV. Tiersagen. II. Teil. 322 Seiten. Preis M. 8,—. Leipzig und Berlin 1912. Verlag von G. B. Teubner.

Dibbelt, Das Wesen der Rachitis. Aus „Berliner Klinik". 21 Seiten. Einzelpreis 60 Pf. Berlin 1912. Verlag von Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld.

Gabriel, Die kassenärztliche Frage. 500 Seiten. Preis M. 8,—. Leipzig 1912. Verlag von Max von Criegern.

Mosse und **Tugendreich, Krankheit und soziale Lage.** 2. Lieferung. 495 Seiten. Preis M. 6,—. München 1912. Verlag von J. F. Lehmann.

Palmeeri, Rolla, Segále, Tentatioi di sieroterapia omolaga nel colera. 3 Seiten. Gennaio 1912.

Rost, Pharmakologische Untersuchung des Eosins, mit Berücksichtigung der Wirkungen des Fluoreszeins und Erythrosins. Sonderabdruck und „Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte": Seite 171—207. Berlin 1912. Verlag von Julius Springer.

Schleyer, Ein Idealvolk. 2. Auflage. 24 Seiten. Preis 30 M. Konstanz 1912. Weltspracheverlag.

Schwalbe, Jahrbuch der Praktischen Medizin. Mit 47 Abbildungen. 621 Seiten. Preis M. 14,—. Stuttgart 1912. Verlag von Ferdinand Enke.

Sommer, Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. VII. Band. 1. Heft. 96 Seiten. Preis M. 3,— pro Heft. Halle a. S. 1912. Verlag von Carl Marhold.

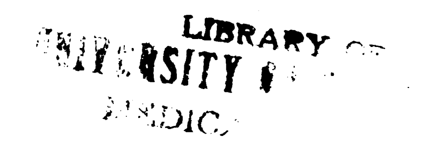
Stolkind, Die Klinik des Paratyphus. Aus den Würzburger Abhandlungen. Seite 195 bis 212. Einzelpreis 85 Pf. Würzburg 1912. Verlag von Curt Kabitzsch.

Weiß, Therapeutischer Beitrag zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe des Mannes. Sonderabdruck aus dem „Archiv für Dermatologie und Syphilis". Seite 1185—1192. Wien und Leipzig 1912. Verlag von Wilhelm Braumüller.

Breithaupt, Sammlung von Entscheidungen des Reichsversicherungsamts, der Landesversicherungsämter und der Oberversicherungsämter. Seite 65—123. Berlin 1912. Verlag von Leo und Brandt.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza





30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.
Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 40. | Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. | 3. Oktober

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Die ambulante Behandlung von Knochenbrüchen mit Gipsverbänden und Distraktionsklammern.

Von Prof. Dr. **Hackenbruch**, in Wiesbaden.

Die Extensionsbehandlung der Knochenbrüche an den unteren Extremitäten birgt den großen Nachteil in sich, daß die Kranken während der Anwendung der Streckverbände wochenlang zu Bett liegen müssen. Die Behandlung solcher Knochenbrüche nur mit Gipsverbänden zeitigt meist schlechte Resultate, da durch alleinige Verwendung von Gipsverbänden es erfahrungsgemäß nicht gelingt, eine schlechte Stellung der Bruchstücke zueinander und somit eine spätere Verkürzung zu vermeiden; außerdem kommt es bei den Kontentivverbänden an den miteingegipsten benachbarten Gelenken leicht zu Versteifungen, deren Beseitigung in vielen Fällen große Schwierigkeiten zu machen pflegt.

Wenn auch die Gehgipsverbände oder Schienenhülsenapparate mit Extensionsvorrichtungen schon bessere Resultate ergeben, so fehlt es doch auch hierbei an der geforderten Sicherheit, eine Verkürzung der gebrochenen Extremität in jedem Falle zu vermeiden.

1893 empfahl v. Eiselsberg zur Verhütung einer Verkürzung bei Unterschenkelbrüchen den vorher angelegten Gipsverband in der Höhe der Bruchebene zirkulär zu durchschneiden und durch mit Gummizügen versehene Eisenschienen zu distrahieren. Dieser Distraktionsapparat v. Eiselsbergs gab für Kaefer die Veranlassung zur Konstruktion seiner 1901 bekannt gegebenen Distraktionsklammer, welche an einer Seite des vorher zirkulär durchtrennten Gipsverbandes beim Unterschenkelbruch angegipst wurde.

Da es aber sehr wichtig ist, die Kranken mit Unterschenkelbrüchen in den Stand zu setzen, recht früh aufstehen und gehen zu können, so legte Vortragender schon bei seinem ersten mit Distraktionsklammern behandelten Patienten mit verkürztem Schrägbruch beider Unterschenkelknochen (1902) zu beiden Seiten des Gipsverbandes eine Kaefersche Distraktionsklammer an und verschaffte so dem Patienten einen mehr gesicherten Halt für das Auftreten.

Nicht immer gelang, wie Röntgenaufnahmen bewiesen, die genaue



Gegenüberstellung der Fragmente, da die Kaefer-Klammern nur eine Distraktion in der Längsrichtung zulassen und das seitlich abgewichene distale Bruchstück nur unvollkommen beziehentlich der Reposition beeinflussen. Um einen Einfluß auf die genaue Adaptierung der Fragmente bei diesen Knochenbrüchen zu erhalten, änderte Hackenbruch diese Kaefer-Klammern zweckentsprechend um. Durch kugelgelenkige Verbindung der Fußplatten mit dem in Stahlbüchsen verlaufenden Gewindestab sowie unter paarweiser Verwendung dieser neuen Distraktionsklammern, welche zu beiden Seiten des in der Frakturebene zirkulär durchtrennten Gipsverbandes durch Gipsbinden befestigt sind, wird es nach erfolgter Längsdistraktion durch die gelösten und leicht feststellbaren Kugelgelenke ermöglicht, einen wirksamen Einfluß auf die genaue Einrichtung der Fragmente des Knochenbruches auszuüben und letztere in dieser reponierten Stellung bis zur knöchernen Vereinigung zu erhalten.

Unter Demonstration eines Phantoms zeigt Hackenbruch die Wirkung seiner paarweise angegipsten Distraktionsklammern. Wenn die vier Kugelgelenke der zu beiden Seiten angegipsten Klammern gelöst werden, so kann, da der Gipsverband zirkulär durchschnitten ist, das untere Bruchstück sowohl nach innen als nach außen, nach vorne und hinten verschoben und ferner nach innen und außen rotiert werden, d. h. nach allen Seiten in seiner Stellung verändert werden: es ist daher möglich, jedwede Abweichung der Bruchenden voneinander zu beseitigen und durch Festschrauben der Kugelgelenke bei gleichzeitiger Distraktion die gewonnene gute Stellung beizubehalten.

Beziehentlich der Anwendung seiner Distraktionsklammern weist Vortragender darauf hin, dieselben erst nach Ablauf der Weichteilschwellung, also 8—10 Tage nach erfolgtem Knochenbruch zu benutzen.

Bei einem Schrägbruch beider Unterschenkelknochen wird zuerst im möglichst korrigierter Stellung ein leichter Steifgaze-Spahnschienenverband angelegt, welcher bei gebeugtem Knie von den Zehen bis übers Knie reicht und zur Verhütung eines Druckgeschwürs besonders an der Ferse und den Knöcheln gut gepolstert sein muß. Patient bleibt zu Bett mit erhöht gelagertem Bein. Etwa 10 Tage später wird der erste Verband entfernt und bei rechtwinklig gebeugtem Knie ein Trikotschlauch von den Zehen bis zum Knie gezogen oder Fuß und Bein in gleicher Ausdehnung mit Cambricbinden eingewickelt. Zur Polsterung werden flache Faktiskissen (pulverisierter Gummi) verwendet, welche für die Kniekondylen Manschettenform haben, für die Druckstellen am Fußrücken, der Achillessehne und den Knöcheln nach dem Modell einer Fußextensionslasche angefertigt sind.[1]) Diese Faktiskissen müssen oben am Kineanteil des Unterschenkels und unten am Fuß mittels Cambricbinden fest angewickelt werden. Darüber kommt ein dünn-

[1]) Die Klammern nebst Zubehör sind zu beziehen durch Herrn Gustav Petry, Instrumentenmacher zu Wiesbaden, Mauritiusstraße 9.



schaliger Gipsverband, der von den Zehen bis zum Knie reicht. Sobald der Verband erhärtet, wird er in der Bruchebene der Tibia zirkulär durchschnitten und dann werden die vorher in ihren Kugelgelenken in gerader Richtung leicht festgestellten Distraktionsklammern, d. h. deren längsgestellte Fußplatten durch Gipsbinden derartig am Verband befestigt, daß die Drehknöpfe in die Ebene des zirkulären Spaltes des Gipsverbandes zu liegen kommen. Die beiden längsseitig angegipsten Klammern, welche möglichst symmetrisch anzulegen sind, wirken vorläufig nur als stützende Schienen des Verbandes.

Andern Tages wird durch Umdrehung der Drehknöpfe des Gewindestabes (abwechselnd innen und außen) die Distraktion begonnen und dann dank der Faktispolsterung in kurzer Zeit schon soweit getrieben werden, daß die Verkürzung des Beines beseitigt ist. Nun wird die Stellung der Fragmente durch Röntgenaufnahme festgestellt. Ergibt letztere die Beseitigung der Verkürzung, so bleibt noch übrig, die zumeist nach außen seitlich abgewichenen Fragmente des unteren Bruchstückes an die des oberen heranzubringen. Nach Lösung der 4 Kugelgelenke (je 2 an jeder Klammer) wird der untere Teil des Gipsverbandes (und mit ihm die unteren Bruchstücke) nach allen Seiten beweglich, worauf man die unteren Bruchstücke zu den oberen hinüberschieben und gleichzeitig eine abnorme Rotationsstellung des Fußendes beseitigen kann. Glaubt man nach dem Augenmaß und auf Grund des dem geistigen Auge vorschwebenden Röntgenbildes, das untere Bruchstück genügend weit an das obere herübergeschoben zu haben, so wird das erreichte Resultat durch schnelles Zudrehen der Kugelgelenke fest fixiert. Es ist dann das Klammerpaar von der Figur eines Rechtecks zu der eines Parallelogramms verschoben, wie dies auf gezeigter Abbildung deutlich sichtbar ist.

Ergibt die Röntgenaufnahme, daß die Bruchflächen richtig zueinander stehen, so kann Patient sofort aufstehen und anfangs mit Krücken oder Stöcken Gehversuche ausführen, da die Stahl-Distraktionsklammern ausreichende Stütze gewähren. (Bei Kassen- oder Unfallpatienten füllt man zweckmäßigerweise den Spalt im Gipsverbande mit Steifgaze oder Gipsbinden aus.)

Zeigt jedoch die Röntgenaufnahme, daß die seitliche Verschiebung der unteren Fragmente noch nicht genügend aufgehoben ist, so sucht man nach Lösung der Kugelgelenke durch kräftiger ausgeführte Verschiebung eine genaue Adaptierung der Fragmente zu erreichen und fixiert das Resultat durch schnelles Zudrehen der Kugelgelenke.

In solch schwierigen Fällen benutzt Hackenbruch eine kleine Hilfsschraubenvorrichtung, welche aus einer in ihrer Höhe regulierbaren Druckpelotte, einem verbindenden Schraubenstift und einem gabelförmigen oberen Ansatzstück besteht. Die Pelotte wird auf das wegzudrückende Knochenende gesetzt, das gabelförmige Ansatzstück gegen den Längsgewindestab der gleichseitigen Distraktionsklammer; durch Umdrehung einer kleinen runden Schraubenmutter



des Verbindungsstiftes kann man dann auf das betreffende Knochenstück einen seitlichen Druck ausüben und dasselbe nach der erforderlichen Seite hinüberschieben. (Die Anwendung dieser regulierbaren Druckpelotte ergibt sich leicht aus der beigegebenen Abbildung.) Der Distraktionsklammer-Gipsverband läßt bei Unterschenkelbrüchen das Kniegelenk zu Bewegungen frei; da durch das Auftreten der Sohlenteil des Verbandes bald weich und nachgiebig wird, so kann auch bald das Sprunggelenk etwas bewegt werden.

Da die länglichen perforierten Fußplatten dieser neuen Distraktionsklammern an den Enden des Gewindestabes durch bewegliche Kugelgelenke fixiert sind und somit eine Drehung dieser Fußplatten in jedem gewünschten Winkel ermöglicht ist, so können dieselben auch benutzt werden bei supramalleolären Knochenbrüchen, welche Neigung zur Dislokation haben. Die am Fuße anzugipsenden Platten der Klammern werden dann in den unteren Kugelgelenken so fixiert, daß die Platten parallel zur Längsachse des Fußes und in einem stumpfen Winkel zum Gewindestab selbst stehen, während die oberen Platten längsgestellt am Unterschenkel angegipst werden.

Der Vorteil der kugelgelenkigen Angliederung der Fußplatten dieser Distraktionsklammern macht sich ferner bei den Kondylenbrüchen an der Tibia und dem Femur geltend, wo das Kniegelenk in Beugestellung fixiert werden muß. Während der Behandlung ist es ferner möglich, durch Lösung der einander gegenüberstehenden und möglichst in der Gelenkachse eingegipsten Kugelgelenke kleine Bewegungen in dem Kniegelenke auszuführen, also während bestehenbleibender Distraktion noch die wichtige funktionelle Behandlung auszuüben und so einer Steifigkeit des Gelenkes vorzubeugen.

Daß die neuen Distraktionsklammern auch gute Verwendung finden können bei den verschiedenen Brüchen am Oberschenkel und für die analogen Knochenbrüche am Vorderarm und Oberarm, ebenso wie an der unteren Extremität benutzt werden können, leuchtet von selbst ein. Auch bei den Frakturen der Wirbelsäule werden diese Spannklammern mit Vorteil für die Kranken verwendet werden können, wobei das vorher angelegte Gipskorsett zirkulär zu durchtrennen wäre.

Es können auf Grund eigener Erfahrung diese Distraktionsklammern in Verbindung mit Kontentiv-Verbänden als Universalklammern bei fast allen Knochenbrüchen Verwendung finden.

Der Distraktionsklammer-Gipsverband muß so lange liegen bleiben, bis der Knochenbruch so weit fest geworden und eine Dislokation nicht mehr zu befürchten ist.

Von ganz besonderer Bedeutung namentlich für die Behandlung der Knochenbrüche an den unteren Extremitäten werden aber die beschrie-



benen Distraktionsklammern dadurch, daß es unter ihrer Benutzung ermöglicht wird, die Patienten meist schon nach Ablauf der zweiten Woche nach erfolgtem Knochenbruch aufstehen und gehen zu lassen.

Ferner bilden komplizierte Frakturen keine Kontraindikation für die Verwendung der beschriebenen Distraktionsklammern.

Die Gesundheit der Frau.

Von **Heinrich Pudor**.

Die neuere Zeit hat dem Weibe eine im Vergleich zu den früheren Zeiten bei weitem höhere Stellung zuerkannt: Aus der Sklavin ist die Genossin des Mannes geworden. Von einer wirklichen Gleichberechtigung von Mann und Frau kann man indessen nicht sprechen; noch immer sind der Frau viele Gebiete verschlossen, und die höheren Schulen, Gymnasien und Universitäten sind fast ausnahmslos ein Privilegium des Mannes.[1])

Diese Hintenansetzung des Weibes hat es mit sich gebracht, daß auch in den Fällen, wo überhaupt an eine Pflege des Leibes und der Gesundheit gedacht wurde, immer nur das männliche Geschlecht in Betracht kam. Sehen wir ab von den olympischen Spielen im alten Griechenland, von den Ballspielen der alten Römer, den ritterlichen Spielen im Mittelalter, so kam selbst noch in der neueren Zeit das Weib für körperliche Übung schon um dessentwillen nicht in Betracht, weil auch der Mann mit einseitiger Pflege des Geistes sich begnügte. Noch kurz vor dem siebenjährigen Kriege wurden die Knaben mit Rutenstreichen bestraft, wenn sie der Versuchung des Badens nicht hatten widerstehen können, und am 23. März 1820 erschien eine preußische Ministerialverfügung, welche die Zerstörung der Turnanstalten befahl. Wenn dann auch am 6. Juli 1842 in Preußen ein Gegenerlaß kam, so gab derselbe doch nur ausdrücklich der männlichen Jugend das Turnen frei. Selbst Guts-Muths und Jahn dachten in der Hauptsache immer nur an das männliche Geschlecht, und erst in allerneuester Zeit sind wenigstens die Mädchen zu Bewegungsspielen herangezogen worden, abgesehen davon, daß auch in den Mädchenschulen Turnstunden eingerichtet wurden (wohl aber erst seit 1870/71). Daß auch die erwachsene Frau etwas anderes tun könne, als in der Wirtschaft arbeiten und Klavier spielen, daß auch sie Schwimmen, Reiten, Eislaufen, Zweirad fahren nicht nur dürfe, sondern müsse, daran denkt man auch heute noch in den allerseltensten Fällen — wenngleich es schon ein großer Fortschritt ist, daß man solche ketzerische Ansichten überhaupt aussprechen darf und daß sie wenigstens als „theoretisch" richtig anerkannt werden.

Ich frage nun, warum soll das Weib, das doch Beine und Füße, das doch auch Arme und Hände, das auch eine Lunge hat, diese Organe nicht üben? Die Physiologen sagen: ein Organ, das nicht geübt wird, verkümmert und stirbt ab. Wie steht es alsdann mit der

---

[1]) In den sozial fortgeschrittenen Vereinigten Staaten Nordamerikas sind auch diese letzten Schranken bereits gefallen.



weiblichen Lunge? Man gestattet dem Weibe nicht die höhere geistige Bildung, aber die körperliche noch viel weniger. Was bleibt alsdann noch für das Weib anders als Kochen und Tanzen?

Man darf nicht sagen, daß die zartere Organisation des Weibes die körperliche Übung nicht vertrage. Umgekehrt ist die jahrtausendelange Zurückdrängung des Weibes in dumpfe Stubenluft die Ursache der zarteren Gesundheit desselben geworden. Vielmehr muß man annehmen, daß das Weib, das Kinder zu gebären hat, von Natur viel kräftiger organisiert ist, als der Mann.

Es gehört auch nur zu den Folgen der körperlichen Knechtung des Weibes von Jahrhundert zu Jahrhundert, daß dasselbe zarter und schwächlicher geworden ist. Denn dazu, daß die Lunge gesund ist, daß sie nicht nur erhalten, sondern gekräftigt und gestärkt wird, daß sie sich fortwährend ausdehnt und erweitert, genügt es nicht, daß man spazieren geht oder am heißen Küchenofen schafft, sondern daß man sich in frischer Luft, in der freien Natur austummelt, sei es nun, daß man Ball spielt, Eis läuft, reitet oder schwimmt. Denn beim Gehen, Stehen, Sitzen atmen wir immer nur mit einem kleinen Teil der Lunge, geschweige, daß die Lungenspitzen in Tätigkeit kommen. Und je weniger und seltener wir uns Bewegung schaffen, desto mehr gewöhnen wir uns daran, oberflächlich zu atmen, desto kürzer wird unser Atem und destomehr verkrüppelt unsere Lunge. Im Gegensatz hierzu kommt es darauf an, daß wir uns, von Zeit zu Zeit wenigstens, ordentlich durcharbeiten, bis der Atem „ausgeht".

Es ist ja wahr, daß das Weib, zum mindesten das der unteren Stände, wenigstens im Hause den Körper ordentlich durcharbeiten muß, wie es beim Scheuern, Waschen, Putzen der Fall ist. Und in der Tat dürfte es diesem Umstande zu verdanken sein, daß das Weib der unteren Stände verhältnismäßig noch so kräftig und widerstandsfähig ist. Aber einmal betrifft dies eben mehr die unteren Stände, und dann ist es ein anderes Ding, in der Wirtschaft zu arbeiten, als in der frischen Luft sich zu tummeln. Denn es ist eine Arbeit, ein Dienst, keine Erholung, kein Spiel. Dadurch schon ist der hygienische Wert dieses „Wirtschaftens" sehr in Frage gestellt. Denn es ist nichts gesünder als ein Bewegungs-Spiel im Freien und nichts weniger gesund als eine Zwangsarbeit. Sodann arbeitet zwar die Lunge genügend, aber die Luft, die ihr eingepumpt wird, ist mehr oder weniger verdorben, während bei angestrengter Lungenarbeit die reinste Luft nur eben gut genug ist.

Man kann nun zwar nicht verlangen, daß die Fran aufhört zu waschen und zu putzen, zu scheuern, zu kochen, aber man kann verlangen, daß man die Berechtigung der Pflege, Übung und Stählung des weiblichen Körpers in frischer Luft einsieht und nach Möglichkeit, nach Umständen und Verhältnissen darnach handelt. Und dann gibt es ja ungezählte Frauen, die nicht Gelegenheit haben zu waschen und zu scheuern, sei es, daß sie unverheiratet sind, sei es, daß sie höheren Ständen angehören. Die Zeit dazu muß gefunden werden, auch vom Weibe, so gut als der Mann sie findet.

Wir wollen von dem Vorurteil lassen, als „schicke" es sich für eine erwachsene Frau nicht, Schlittschuhe zu laufen, zu schwimmen, Zweirad zu fahren oder Gebirgstouren zu unternehmen. Es schickt sich für das Weib, gesund zu sein, deshalb schickt es sich auch für das Weib, sich Bewegung zu machen. In England stehen fast sämtliche



Bewegungssporte den Frauen offen, und in Frankreich und Belgien gibt es eine Unzahl Radfahrerinnen. Wir neigen noch immer dazu, eine Radfahrerin „emanzipiert" zu nennen. Möge die gegenwärtige Frauenbewegung der Frau wenigstens Bewegung schaffen lehren und ihr nicht nur die geistigen, sondern vor allem auch die körperlichen Gebiete erobern. Der neuerliche Vorschlag Richard Nordhausens, ein Dienstjahr für die Frau einzuführen, ist daher der Erwägung wert.

Ueber den therapeutischen Wert des „Sozojodol"-Natriums, insbesondere bei Diphtherie.

Von Dr. med. R. Weißmann-Lindenfels.

Es hat für mich stets einen besonderen Reiz gehabt, mich in meine Krankenjournale früherer Jahre zu vertiefen. Dem „Erkenne Dich selbst" des griechischen Weisen Cheilon kann der Arzt, der auf eine Reihe von Jahren praktischer Tätigkeit zurückblickt, nicht besser nachkommen, als wenn er in seinen alten Tagebüchern blättert und die Krankengeschichten früherer Jahre überfliegt. Da kommen uns die Fehler zum Bewußtsein, welche wir gemacht haben, da fällt es uns auf, wie oft wir uns hinreißen ließen, gewisse „Moden" in der Medizin mitzumachen und wie bald wir von derartigen „Moden" wieder abkamen. Mit Bedauern blicken wir älteren Ärzte in die ersten Jahrgänge unserer Tagebücher, in denen sich noch reichlich Privatpraxis verzeichnet findet, und die uns zeigen, daß wir damals zwar nicht soviel Einzelfälle wie jetzt in der Kassenpraxis zu behandeln hatten, daß uns aber die Praxis viel mehr befriedigte, weil sie wissenschaftlicher und, sagen wir mal, ehrlicher war als heute, da uns Simulation und Übertreibung die Diagnose erschweren.

Aber noch eins ist es, was wir aus unseren Krankenjournalen lernen, daß es Heilmethoden und Heilmittel gibt, die trotz allen Wechsels in den Anschauungen in der Medizin sich lange Jahre hindurch gehalten haben und die daher doch wohl sich bewährt haben müssen. Zu diesen altbewährten Mitteln gehört für mich das „Sozojodol"-Natrium, das ich, wie ich jüngst beim Blättern in meinen Tagebüchern feststellte, am 1. Mai 1897 zum ersten Male angewandt habe. In persönlicher Rücksprache mit Kollegen habe ich feststellen können, daß das „Sozojodol"-Natrium doch noch nicht allen Ärzten bekannt ist und daß man namentlich nicht überall die ganz ausgezeichnete Wirkung dieses Mittels kennt. Dieser Umstand reizte mich, festzustellen, in welchem Umfange ich das Mittel angewandt habe und über meine Beobachtungen bei der Anwendung des „Sozojodol"-Natriums zu berichten.

Das „Sozojodol"-Natrium besteht aus weißen, geruchlosen Kristallnadeln von säuerlich zusammenziehendem, zuletzt etwas süßlichem Geschmack und ist leicht löslich in Glyzerin, Alkohol, Wasser, dagegen unlöslich in Äther. Das Salz ist ungiftig und nicht ätzend.

Die Anwendung des „Sozojodol"-Natriums ist eine mannigfache. So wird es als grobes Kristallpulver („Sozojodol" - Natrium pulv. pur.) bei Geschwüren verwendet, besonders bei Ulcus molle. Als fein verriebenes Pulver („Sozojodol"-Natrium pulv. subt.) wird das Mittel rein oder mit anderen indifferenten und differenten Pulvern vermischt angewandt bei Erkrankungen des Nasenrachenraumes und des Kehl-

kopfes sowie bei Mittelohrkatarrh (5 Proz.-pur). In verschieden starken Lösungen hat man das „Sozojodol"-Natrium verwandt bei katarrhalischen Affektionen verschiedener Art, speziell auch auf dem Gebiete der Gonorrhöe (1,5—4—6 Proz.) und Syphilis. In gelöstem Zustande hat es sich ebenfalls in der Augenheilkunde (1—6 Proz.) bewährt.

Ich habe nun seit dem Mai 1897 das „Sozojodol"-Natrium im ganzen in 335 Fällen angewandt. Es befanden sich darunter 13 Fälle von akutem und chronischem Schnupfen, 22 Fälle von Rachenkatarrh, 13 Fälle von Scharlachangina, 42 Fälle von Rachendiphtherie, 108 Fälle von follikulärer Angina und 137 Fälle von katarrhalischer Angina. Es ist selbstverständlich, daß in manchen Fällen sich Übergangsformen zwischen katarrhalischer und follikulärer Angina fanden und daß unter den follikulären Formen der Mandelentzündung wohl hie und da eine echte Diphtherie unterlaufen ist. Der Landarzt mit ausgedehnter Kassenpraxis ist nicht immer in der Lage, alle diagnostischen Hilfsmittel zur Sicherung der Diagnose heranzuziehen. Die 35 Fälle von Nasen- und Rachenkatarrh habe ich fast durchweg mit Einstäubungen des Mittels behandelt. Meine Erfolge waren im großen und ganzen zufriedenstellend. Ich will jedoch auf diese Fälle hier nicht näher eingehen. Ebenso möchte ich von den zahlreichen Fällen katarrhalischer Angina — 137 — nur erwähnen, daß sie ebenfalls mit 3—4 stündlichen Einblasungen behandelt wurden und daß meine Erfolge durchweg gute waren. Zum Einblasen benutzte ich früher einen Pulverbläser nach Kabierski oder Schötz. In den letzten Jahren verwandte ich einen sehr einfachen Pulverbläser, der aus einem etwa 13 cm langen Glasrohre besteht, welches etwa 7 bis 8 mm Durchmesser hat und etwa in der Mitte eine seitliche Öffnung besitzt, in welche man bequem eine Messerspitze des Pulvers schütten kann. Das Glasrohr wird dann von einer zweiten Person mit der linken Hand gefaßt, die seitliche Öffnung wird mit dem Zeigefinger verschlossen, und nun wird nach Niederdrücken der Zunge des Patienten mittelst Spatels oder Löffelstiels direkt mit dem Munde das Pulver eingeblasen. Die nach dem Einblasen einsetzenden Würg- und Schluckbewegungen sorgen dafür, daß das Pulver an der Rachenwand und den Mandeln richtig verteilt wird. Etwa eine Viertelstunde lang nach dem Einblasen lasse ich nichts genießen, um das Pulver nicht mechanisch von den Gebilden der Rachenwand zu entfernen. Vorzüglich waren durchweg meine Erfolge bei der lakunären Angina. Die Behandlungsweise der 108 Fälle war die gleiche wie bei der katarrhalischen Entzündung. Nur habe ich nicht allein, wie ich das von vorneherein bei jeder Erkrankung tue, für gründliche Darmreinigung Sorge getragen, sondern ich habe auch seit einer Reihe von Jahren die örtliche Behandlung mit „Sozojodol"-Natrium kombiniert mit Einreibungen mit Credé'scher Salbe. Ich bin dabei von dem Gedanken ausgegangen, daß zwar das „Sozojodol"-Natrium die Entzündungserreger auf den Mandeln usw. wirksam bekämpft, daß es aber in der örtlichen Anwendungsweise nicht wirksam sein kann gegen Bakterien, die bereits in den Lymphstrom geraten sind. In 16 von den 108 Fällen habe ich die Kranken nur einmal gesehen, ich darf wohl ohne weiteres annehmen, daß der Verlauf der Krankheit ein sehr abgekürzter war, so daß die Kranken keinen Grund hatten, den Arzt zum zweiten Male aufzusuchen. In den übrigen Fällen finde ich den Vermerk „Entlassen" meist nach Ablauf von 2 bis 5 Tagen. Nur in einer ge-



ringen Anzahl von Fällen zog sich die Erkrankung über 5 bis 11 Tage hin. Nur in 4 Fällen von den 108 gelang es nicht, die Tonsillitis follicularis auf ihren Herd zu beschränken und zu koupieren. Es entwickelte sich eine paratonsilläre Phlegmone, welche eine Inzision erforderte.

13 mal habe ich das „Sozojodol"-Natrium bei Scharlach-Angina verordnet. In allen 13 Fällen klangen die Erscheinungen der Angina in kurzer Zeit, meist 2 bis 3 Tagen ab. Die Scharlacherkrankung verlief in allen Fällen milde. Es mag dahin gestellt bleiben, ob hier zu dem milden Verlauf nicht auch die interne Darreichung von kolloidalem Silber nebst den hygienisch-diätetischen Verordnungen beigetragen hat. Jedenfalls habe ich in füheren Jahren, als ich das „Sozojodol"-Natrium noch nicht kannte, viel mehr schwere Scharlachfälle gesehen.

Die schönsten Erfolge hat mir das „Sozojodol"-Natrium bei der Rachendiphtherie gebracht. Ich habe, wie schon oben erwähnt, im ganzen 42 Fälle von Diphtheritis faucium behandelt. Einen weiteren Fall behandle ich zur Zeit, da ich diese Zeilen niederschreibe. Bei der Behandlung der Diphtherie hat man von jeher den Standpunkt vertreten, daß neben der Allgemeinbehandlung auch eine lokale Behandlung berechtigt, ja notwendig ist. Ich erinnere mich aus meiner Studienzeit, daß man vielfach sogar geneigt war, die lokale Behandlung als die wichtigere einzuschätzen. Zu jener Zeit wurde jedes an Diphtherie leidende Kind gepinselt. Bald sah man ein, daß der immerhin etwas rohe Eingriff mehr Schaden bringen mußte als Nutzen. Man verließ die lokale Therapie gänzlich. Bis zur Inaugurierung der Serumtherapie durch Behring war die Therapie der Diphtherie eine sehr schwankende und eine undankbare, wenig befriedigende Aufgabe, wenn man nicht bei Diphtherie des Larynx durch den Luftröhrenschnitt einen Erfolg erzielen durfte. Dann kam in den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts Behring's Diphtherie-Heilserum, von dem auch ich in den ersten Jahren einen ausgedehnten Gebrauch machte, von dem ich aber in den letzten Jahren fast ganz wieder abgekommen bin. Ich hatte in jener Zeit, als man den Rachenpinsel bei der Diphtherie verworfen hatte, immer den Gedanken gehabt, daß es für den Verlauf der Krankheit doch von besonderer Wichtigkeit sein müsse, wenn man verhindern könnte, daß von den erkrankten Mandeln aus immer neue Giftstoffe in den Körper aufgenommen würden, und daß es daher sehr wichtig sei, den Prozeß auch lokal zu beeinflussen. Als ich dann im Jahre 1897 das „Sozojodol"-Natrium kennen lernte und als ich bei der Anwendung der Einblasungen sah, wie angenehm und sanft diese lokale Behandlung gegenüber der Pinselung war, ging ich sofort dazu über, neben dem Heilserum noch lokal das „Sozojodol"-Natrium anzuwenden. Nachdem ich dann mehrfach erlebt hatte, daß in solchen Fällen, bei denen das Heilserum nicht gleich zur Hand war, schon die Einblasungen mit „Sozojodol"-Natrium allein eine Besserung herbeiführten, und nachdem vielfach Bedenken gegen die Injektion artfremden Serums aufgetaucht waren, kam ich allmählich von der Anwendung des Behring'schen Mittels ab. Ich hatte inzwischen auch die außerordentliche Heilkraft des kolloidalen Silbers kennen gelernt, das sich mir bei allen Infektionskrankheiten aufs Beste bewährte. Ich ging daher dazu über, die diphtheritischen Erkrankungen lokal mit „Sozojodol"-Natrium und

allgemein mit Argentum colloidale, sei es in Form der Einreibung mit Credé'scher Salbe, sei es in Form des Bleibeklistiers oder der intravenösen Injektion, zu behandeln. Mit dieser Behandlung habe ich die besten Erfolge erzielt. Unter den 42 Fällen habe ich einen Todesfall gehabt, bei einem Kinde von drei Jahren, bei dem der diphtheritische Prozeß auf den Larynx übergegriffen hatte und bei dem ich erst einen Tag vor dem Exitus gerufen wurde. Von den übrigen Fällen waren bei 4 Fällen die Beläge nach 2 Tagen, bei 8 Fällen nach 3 Tagen, bei 9 Fällen nach 4 Tagen, bei 19 Fällen nach 5 Tagen und bei einem Fall erst nach 6 Tagen völlig verschwunden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß in einer Anzahl dieser Fälle vielleicht das Verschwinden der Beläge hätte 1—2 Tage früher festgestellt werden können, wenn es möglich gewesen wäre, die betreffenden Kranken täglich zu sehen. Postdiphtheritische Lähmungen sah ich nur in zwei Fällen. In beiden Fällen war ärztliche Hilfe nicht gleich bei Auftreten der Krankheitserscheinungen erbeten. Ich hebe das deshalb hervor, weil ich die Auffassung habe, daß infolge der geschilderten lokalen und allgemeinen Behandlung die Aufnahme größerer Toxinmengen in den Körper vermieden und so der Eintritt von Lähmungen verhindert wird. Ich sehe in dem Umstand, daß durch die Einblasungen von „Sozojodol“-Natrium die Abstoßung der diphtheritischen Membranen nach meinen Beobachtungen in erstaunlich kurzer Zeit, oft 1 bis 2 Tagen, bewirkt wird, ein Moment, das von großer Wichtigkeit für den Ablauf der Erkrankung ist. Je schneller sich die Membranen abstoßen, desto weniger Toxine werden resorbiert, desto leichter wird der Organismus mit der geringeren Menge aufgenommenen Bakteriengiftes fertig. So hat die lokale Behandlung mit „Sozojodol“-Natrium doch die Bedeutung einer Allgemeinbehandlung, und so ist es auch zu erklären, daß in nicht wenig Fällen die lokale Behandlung mit „Sozojodol“-Natrium allein zum Ziele zu führen vermag, wie ich das des öfteren gesehen habe. Wenn ich prinzipiell seit einiger Zeit neben dem „Sozojodol“-Natrium das kolloidale Silber in irgendeiner Form, meist als Schmierkur nach Credé, anwende, so tue ich das, weil ich erstens den Organismus in seinem Kampf mit dem Diphtherietoxin in allen, auch den anscheinend leichtesten Fällen, zu unterstützen mich für verpflichtet halte, und weil man zweitens nie wissen kann, ob nicht bereits eine Mischinfektion, eine Infektion mit Kokken stattgefunden hat. Und gegen die Kokkeninfektion wirkt zwar, so lange sie lokal bleibt, das „Sozojodol“-Natrium, sobald sie aber eine allgemeine geworden ist, das kolloidale Silber in wohl nicht zu übertreffender Weise.

Wenn ich nun kurz nochmals anführen darf, wie ich die Diphtheritis faucium behandle, so verordne ich „Sozojodol“-Natrium und Flores sulfuris āā zu dreistündlichen, in schwereren Fällen zu zweistündlichen Einblasungen. Je nach dem Alter des Patienten und der Schwere der Allgemeinerscheinungen lasse ich je 1—3 g Unguentum Credé in den vorher abgewaschenen Rücken morgens und abends einreiben. Im allgemeinen genügen drei Einreibungen, oft weniger, um das Fieber zum Schwinden zu bringen. Wünscht man wegen der Schwere der Allgemeinerscheinungen eine stärkere Wirkung des kolloidalen Silbers zu erzielen, so greife ich bei Kindern zum Bleibeklistier, bei älteren Patienten zur intravenösen Injektion. Ich sorge für gute Stuhlentleerung und gebe auch gern, wie früher, Kali chloricum, Argentum kolloidale in einer Lösung von 0,1 : 100 innerlich, mehrmals täg-



lich einen Kinderlöffel bis Eßlöffel voll. Daß man für Erhaltung der Körperkräfte sorgt, ist ja selbstverständlich. Auch nachdem die Membranen sich völlig abgestoßen haben, lasse ich die Einblasungen mit „Sozojodol"-Natrium noch so lange fortsetzen, wenn auch nicht mehr so oft täglich, als sich noch irgend entzündliche Erscheinungen der Rachenschleimhaut zeigen.

Ich möchte noch besonders hervorheben, daß das „Sozojodol"-Natrium durchaus ungiftig ist, ich habe nie eine unangenehme Nebenwirkung gesehen.

Ich kann, gestützt auf meine langjährigen Erfahrungen, dieses vorzügliche Mittel insbesondere für die Behandlung der Rachendiphtherie nur auf das dringendste und wärmste empfehlen.

Referate und Besprechungen.

Innere Medizin.

Langelaan, Asthenia universalis - stiller. (Neurologisches Centralblatt 1911, Nr. 11.)

Die Ätiologie ist in einer hereditären Veranlagung zu suchen. Als nächste Ursache kam in den beobachteten Fällen psychisches Trauma, starker Blutverlust oder ein sonstiges, zur Kachexie führendes Moment in Betracht. Die subjektiven Beschwerden sind solche neurasthenischer oder hypochondrischer Natur. Die objektiven Erscheinungen, die das Bild der Asthenia universalis charakterisieren, kommen bei Frauen besonders deutlich zum Ausdruck: zart entwickeltes Skelett, schlaffe, schwach entwickelte Muskulatur. Augen etwas hervortretend, während die Lidspalte nicht erweitert ist. Pupille erweitert, häufig ungleichmäßig. Licht-, Korenal- und Konjunktivalreflex sind deutlich ausgesprochen. Reflexe bei Berührung der Haut und Schleimhäute sehr lebhaft, die Sehnenreflexe dagegen herabgesetzt. Deutlich ausgesprochene Dermographie. Ein charakteristisches und konstantes Symptom bildet die Atonie der glatten Muskulatur. Es handelt sich sicher um Störungen in Drüsen mit innerer Sekretion.

Schleß-Marienbad.

Bourovie, V. u. A. (St. Petersburg), **Biologische Eigentümlichkeiten des Cholera-Vibrio der Epidemie 1908/10.** (Arch. des sciences biolog. publ. par l'Institut impér. de méd. expér. 1912,. Tome XVII. Nr. 1. S. 61—87.)

Die schöne Zeit des Dogmas der Konstanz der Arten ist vorüber. Man entdeckt immer neue Spielarten und vetterliche Verwandtschaften, so daß der „richtige" Bazillus immer schwerer zu fassen ist. Vom Coli-Bazillus, dem Vetter des sog. Typhus-Bazillus, weiß das jetzt ja wohl jedermann, und beim Choleravibrio verhält es sich ebenso. Courmont hat sich elegant aus der fatalen Situation gezogen mit dem Satz: Es gibt nicht einen Choleravibrio, sondern viele Cholera-Vibrionen.

Einen erheblichen Schritt weiter gehen die beiden Damen V. und A. Bourovie, welche im Laboratorium von Prof. Zabolotny den Erreger der Cholera-Epidemie von 1908/09 näher studierten. Derselbe wich nämlich in manchen Punkten vom offiziellen Vibrio ab. Das Ergebnis dieser Studien ist für Leute, die nur in autoritativen §§§ . . . denken, wenig angenehm. Denn es stellte sich heraus, daß ein und dieselbe Kultur — je nach ihrem Alter — ganz verschiedene Eigenschaften hat. So brachten z. B. frische Kulturen Milch schnell zur Gerinnung, lösten rote Blutkörper auf, verflüssigten Gelatine, koaguliertes Blutserum und andere Albumine, und schließlich waren die Unterschiede so groß, daß man glauben mußte, zwei verschiedene Kulturen vor sich zu haben.



„Δός μοι ποῦ στῶ“, möchte man mit Archimedes angesichts dieser Fülle von fließenden Varietäten sagen. Buttersack-Berlin.

Ceal and Bulkley, Kritische Studien über Oxyuris- und Trichocephalus-Appendizitis (A critical Study of oxyuris and trichocephalus appendicitis). (The american. Journal of the medical sciences 1912, H. 6.)

Oxyuris vermicularis und trichocephalus trichiura rufen eine ganz bestimmte und charakteristische Form der Appendizitis hervor, und zwar nicht so selten: in 129 Fällen von Appendizitis bei Kindern in 15 %. Typische pathologische Veränderungen: katarrhalische Entzündung, Läsionen und Ulzerationen der App.-Schleimhaut durch die Parasiten.

Symptomatologie: Bei Kindern und jugendlichen Individuen stets Forschen nach Wurmsymptomen (anales, nasales Kitzeln, kapriziöser Appetit, ruheloser Schlaf, Reflexsymptome einer Genitalreizung, Gewichtsverlust). Oft erstaunliche Unwissenheit der Mutter hinsichtlich der Würmer. Bei Trichozephalus häufige Attacken abdominaler Schmerzen mit Erbrechen, Diarrhoe und leichter Temperatursteigerung. Manche Fälle katarrhalischer App. mit nur einer Attacke fallen unter diesen Gesichtswinkel. Scharfer schneidender, erst lokalisierter, dann allgemein abdominaler Schmerz, sehr oft ohne Muskelrigidität (charakteristisch für die Differentialdiagnose der nichtparasitischen App.). Wichtig: Alter, Anamnese hinsichtlich der Würmer (suggestiv oder definitiv), Charakter der Schmerzen, die leichte allgemeine konstitutionelle Reaktion, das relative Überwiegen der subjektiven Symptome im Vergleich mit den objektiven, Nachweis der Würmer oder ihrer Eier in den Faeces, jedoch nicht bindend. Ideale Behandlung: Appendektomie.

v. Schnizer-Höxter.

Schultze u. Stursberg (Bonn), **Chronischer Luftröhrenkatarrh und Lungenerweiterung als Unfallfolge anerkannt.** (Med. Klinik 1911, Nr. 5.)

Ein Bergmann K., dessen Alter leider nicht angegeben ist, verunglückte am 1. Februar 1893 dadurch, daß er bei einer Explosion schlagender Wetter auf der Flucht in die Nachschwaden geriet und bewußtlos wurde. Erst nach mehreren Tagen kehrte im Krankenhause das Bewußtsein wieder; bei dem Versuche, das Bett zu verlassen, da er sich scheinbar wohl fühlte, so daß er nach Hause wollte, brach er zusammen, bekam Fieber und es entwickelte sich eine erhebliche Bronchopneumonie, die eine Verpflegung im Krankenhause bis zum 19. April nur wegen der zurückgebliebenen Schwäche eine Nachbehandlung bis 8. Juni 1893 notwendig machte. Damals soll er nach ärztlichem Urteil frisch und blühend ausgesehen und den Eindruck eines gesunden Menschen gemacht haben. Im August 1893 machte der Verunglückte eine Eingabe, worin er über Arbeitsunfähigkeit infolge von Schmerzen auf der Brust und Kurzatmigkeit klagt. — In den nächsten Jahren hat K. dann öfter wegen „Bronchialkatarrh“ die Arbeit aussetzen müssen. — Und bei seiner Beobachtung in der Bonner Klinik vom 26. Januar bis 21. Februar 1909 gab er an, daß er seit jenem Unglück und der sich daran schließenden Erkrankung häufig an Husten und Auswurf gelitten habe, allmählich hätte sich auch Atemnot eingestellt und die Beschwerden im Laufe der Jahre zugenommen. — In der Bonner Klinik wurde das Vorhandensein eines Lungenemphysems und chronischen Luftröhrenkatarrhs festgestellt, und die Gutachter gaben ihr Urteil dahin ab, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der damaligen Gasvergiftung und anschliießender linker Lungenerkrankung mit dem jetzigen Leiden mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen sei, sie würden sich mit Bestimmtheit in diesem Sinne aussprechen können, wenn der Nachweis erbracht gewesen wäre, daß die in den ersten Jahren nach dem Unfalle aufgetretenen Erkrankungen stets, wie der Kranke behauptete, mit Husten und Auswurf einhergegangen seien. — Obwohl zunächst eine anscheinend völlige Heilung der Lungenentzündung eingetreten sei, so könne doch die Lunge oder die durch die giftigen Gase geschädigte Bronchialschleimhaut so geschwächt worden sein, daß eine Neigung zu Katarrhen zurückblieb, die bei Ein-



wirkung äußerer im Bergmannsberuf häufiger Schädlichkeiten zu stets wiederkehrenden Erkrankungen und damit zu fortschreitender Schwächung der betroffenen Organe führte. — Die von den Gutachtern auf 50—60% geschätzte Verminderung der Arbeitsfähigkeit des K. wurde von der Berufsgenossenschaft anerkannt.

R. Stüve-Osnabrück.

Chirurgie und Orthopädie.

Evans, W. (London), **Die Transplantation, mit besonderer Berücksichtigung der Wolfe'schen Transplantation in der ganzen Dicke der Haut.** (Practitioner Bd. 87, Nr. 6.)

Was Evans über die Reverdinschen bezw. Thiersch'schen Transplantationen sagt, kann hier außer Betracht bleiben, da es nichts neues bringt. Die Transplantation ganzer Hautlappen, deren Einführung die Engländer dem Glasgower Arzt Wolfe zuschreiben, ist an den Stellen vorzuziehen, wo eine gesunde, derbe und widerstandsfähige Haut erforderlich ist, z. B. am Gesäß oder Schienbein oder auch am Augenlid. Man kann die Haut vom Patienten selbst nehmen — vorzugsweise vom Bauch, wo der Defekt durch direkte Naht leicht gedeckt werden kann — oder von einem amputierten Glied; besonders geeignet sind die Praeputia kleiner Kinder. Der Geber der Haut muß frei von konstitutionellen Krankheiten und nicht zu alt sein, da sonst die Chancen des Anheilens geringer sind. Der Lappen soll nur $^1/_3$ größer sein als der zu deckende Defekt, und sorgfältig von Unterhautfett gereinigt, aber nicht verletzt werden. Der Rand wird abgeschrägt, so daß der Lappen unter die umgebende Haut etwas untergeschoben werden kann. An dieser selbst wird ein frischer Wundrand angelegt, die Granulationen abgekratzt wie bei der Thiersch'schen Transplantation und Antiseptika bei der Reinigung vermieden. Einige, aber nicht zu enge Katgutnähte fixieren den Lappen, der mit einem Gazeverband nicht allzu fest angedrückt wird. Erster Verbandwechsel nach 10—14 Tagen, wobei man mit Vorteil nur den äußeren Teil des Verbandes erneuert. Bei Kranken, die syphilitische Erscheinungen aufweisen, muß mit der Transplantation gewartet werden, bis diese geschwunden sind. Der Erfolg hängt größtenteils von der Wahl eines geeigneten Lappens und der Vermeidung von Druck und Spannung ab. Das Resultat ist in geeigneten Fällen viel besser als bei den Thiersch'schen Transplantationen. Fr. von den Velden.

Zander, Paul (Berlin), **Aufhebung einer Rente für den Verlust von $1^1/_2$ Gliedern des linken Zeigefingers bei gleichzeitiger anderer Verletzung an der gleichen Hand.** (Med. Klinik 1911, Nr. 10.)

Ein Arbeiter W. hatte im Jahre 1892 infolge Unfalles $1^1/_2$ Glieder des linken Zeigefingers verloren und am 12. März 1898 eine Quetschung der drei äußeren Finger der gleichen Hand erlitten. Für die Folgen beider Unfälle bezog er je 10% Rente. Bei einer Begutachtung im August 1909 erwies sich der Zeigefingerstumpf vollkommen beweglich und gut gepolstert und brauchbar. Am Ringfinger, der bei einer Schiedsgerichtssitzung 1901 noch nicht ganz brauchbar erschien, war die an seiner Beugeseite befindliche Narbe reizlos, fast unempfindlich auf Druck, die positize Beweglichkeit der Finger normal; aktiv blieb er angeblich 1 cm bei der Bewegung von der Hohlhand zurück; die Kraft der Hand war nicht zu prüfen, weil der Untersuchte die entgegengesetzt wirkenden Muskeln anspannte. Größter Unterarmumfang R. 29 cm L. $29^1/_2$ cm. Die Berufsgenossenschaft beantragte — und wohl mit vollem Recht, Ref. — Aufhebung beider Renten. Während nun das Schiedsgericht die Rente für den zweiten Unfall aufhob, die für den ersten dagegen bestehen ließ, machte es das R. V. A. umgekehrt, stellte die Rente für den Ringfinger wieder her und hob die andere für den Zeigefinger auf mit folgender Begründung: die gute Beschaffenheit und

Beweglichkeit des Zeigefingerstumpfes sprechen dafür, daß der Verletzte sich an den glatten Verlust der $1^1/_2$ Glieder des Zeigefingers völlig gewöhnt hat. „Insbesondere ist es nicht zulässig, die Folgen des späteren Unfalles vom 12. März 1898, die eine Verletzung des linken Ringfingers herbeigeführt hat, bei der Beurteilung des hier in Frage stehenden früheren Unfalles zu berücksichtigen.“ R. Stüve-Osnabrück.

Poulsen (Kopenhagen), Der schnellende Finger. (Arch. für klin. Chirurgie, Bd. 94, H. 3.)

Verfasser stellt zunächst die verschiedenen Ursachen des schnellenden Fingers aus Literatur zusammen, die teils in den Sehnen und Sehnenscheiden, teils in den Gelenken liegen. Die nervöse Theorie Carlier erkennt er mit Recht nicht an. Er selbst hat 19 Fälle beobachtet und hat 64 Operationsbefunde gesammelt, die teils Tumoren in den Sehnen, Sehnenscheiden und Kapseln der Gelenke aufwiesen und zwar waren 26 mal Veränderungen an der Sehne allein, 13 mal an der Sehnenscheide, 16 mal an Sehne und Sehnenscheide und 6 mal an den Gelenken vorhanden. Neben entzündlichen Tumoren durch Reiz, Druck entstanden, neben Verengerungen der Sehnenscheide und Rheumatismus der Sehnen will Verfasser vornehmlich den Reiz in den Vordergrund stellen, den die Sehne beim Eintritt in die Sehnenscheide erfährt, der hier durch die Beständigkeit allmählicher Irritation einen Tumor entwickeln lassen könnte. Die Therapie kann in Fortnahme des Tumors der Sehne bestehen, oder aber auch durch Spaltung der Sehnenscheide als ausreichend auch bei Tumoren gelten.

Vorschütz-Cöln.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Döderlein, A. (München), Über künstliche Befruchtung. (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 1081.)

D. berichtet in diesem sehr anregenden Vortrage über seine diesbezüglichen Versuche; vor allem ist hier hervorzuheben, daß ihm von 6 Versuchen am Menschen nur einmal ein einwandsfreier Erfolg beschieden war, was in krassem Gegensatze zu den Berichten steht, welche in die Tagespresse Eingang gefunden haben. Er bespricht den Nutzen, den die künstliche Befruchtung für den Tierzüchter haben kann, sowohl hinsichtlich der Auslese, als auch für die Geschlechtsbestimmung, und die Fortpflanzung bestimmter Kreuzungsprodukte. Dann schildert er eingehend den von ihm beobachteten positiven Fall und bespricht die von ihm angewandte Technik. Er gewinnt das Sperma durch Coitus condomatosus, zieht das Ejakulat mittels Braunscher Spritze auf und injiziert es direkt in die Uterushöhle. Er kocht die Instrumente nicht in Soda, sondern in physiologischer Kochsalzlösung aus. Jedenfalls weist er darauf hin, daß trotzdem event. eine Infektion eintreten kann, da das injizierte Sperma auf dem Wege bis zum Uteruskavum infiziert werden kann. Ebenso warnt er, eine zu große Flüssigkeitsmenge zu injizieren; es genügen ca. 2 Tropfen.

Frankenstein-Köln.

Hamm, A. (Straßburg), Können wir bei der Behandlung des fieberhaften Aborts eine „bakteriologische Indikation“ anerkennen? (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 867.)

Bekanntermaßen hat Winter auf dem Gynäkologenkongreß 1909 einem strengen Konservativismus das Wort geredet unter Berücksichtigung des bakteriologischen Befundes. Inzwischen sind viele Stimmen laut geworden, welche an der Hand von klinischen Erfahrungen zeigen, daß er dabei scheinbar von nicht ganz zutreffenden Voraussetzungen ausgegangen ist. Hamm legt seinen Untersuchungen das Material der Straßburger Frauenklinik zu Grunde und kommt zu der Überzeugung, daß die Resultate bei der Behandlung des fieberhaften Aborts durch konservative Behandlung keineswegs gebessert werden. Er hält nach wie vor an dem Prinzip fest, den



infizierten Uterusinhalt so schnell und so schonend wie möglich, zu entfernen, ohne jegliche Rücksicht auf den bakteriologischen Befund. Nur wenn der Infektionsprozeß bereits über die Grenzen der Uteruswand hinaus pathologisch-anatomische Veränderungen gesetzt hat, ist ein exspektatives Verfahren angezeigt. Zum operativen Vorgehen ist die digitale Ausräumung anzuwenden event. nach Erweiterung des Zervikalkanals mit Hegarschen Stiften oder dem Bossischen Dilatatorium. Frankenstein-Köln.

Häberle, A. (Würzburg), **Zur Behandlung des infizierten Abortes.** (Münchn. med. Wochenschr. 1912, p. 759.)

Um die von Winter neu aufgerollte Frage nach der zweckmäßigsten Behandlung des infizierten Abortes zu entscheiden, bedarf es unbedingt einer recht umfassenden Erfahrung, wie sie weder die einzelne Klinik, noch etwa gar der einzelne Arzt erwerben kann. Nur dadurch, daß man die Erfahrungen möglichst vieler Kliniken zusammenstellt, ist es angängig eine Übersicht zu erlangen, ob die aktive oder die konservative Behandlung des infizierten Abortes zweckmäßiger ist. Aus diesem Grunde ist die Arbeit H.s sehr dankenswert, die uns die Erfahrungen mitteilt, welche mit der aktiven Abortbehandlung an der Würzburger Frauenklinik in den letzten 20 Jahren gemacht worden sind.

Es ergibt sich folgendes Resultat: Unter 98 infizierten, aktiv behandelten Aborten 5 Todesfälle (5 %). Bei den 93 zur Entlassung gekommenen Fällen traten 3 mal Komplikationen auf, welche in Beziehung zu dem Abort standen, eine Pyosalpinx, ein perimetritisches Exsudat, eine Thrombophlebitis. In 47, also in der Hälfte der Fälle, folgte der Ausräumung eine fieberfreie Rekonvaleszenz; in 31, ca. einem Drittel der Fälle, trat nach 1—3 Tagen normale Temperatur ein; in 11 Fällen schloß sich 4 bis 8 tägiges, leichtes Fieber an; in 3 Fällen war mehrtägiges hohes Fieber ohne bedrohliche Allgemeinerscheinungen zu verzeichnen. Die Entlassung erfolgte meist nach 10 Tagen.

Diese Resultate sind so zufriedenstellend, daß sie bei der konservativen Behandlung kaum hätten gebessert werden können. Mit vollem Recht betont der Verfasser, daß bisher der praktische Beweis für die Notwendigkeit des konservativen Verfahrens nicht erbracht sei. Die Technik der Ausräumung war die übliche, teils instrumentell, teils digital, je nach Lage der Dinge, auch die Laminariaanwendung wurde nicht verpönt.

Frankenstein-Köln.

Spoerl (Thalheim i. Erzgebirge), **Eine Variation der üblichen operativen Behandlung der weiblichen Prolapse.** (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 989.)

Sp. schlägt vor, anstelle der „unphysiologischen“ Wertheim-Schautaschen Prolapsoperation folgenden Modus procedendi zu befolgen. Bei hochgradiger Zystozele löst er die Blase ab, rafft sie in üblicher Weise und vernäht die Scheidenwunde statt in sagittaler, in frontaler Richtung. Er glaubt dadurch ein ähnlich gutes Resultat zu erhalten, wie bei dem oben erwähnten Verfahren. Referent möchte darauf aufmerksam machen, daß das von Sp. angegebene Verfahren kaum neu ist, andrerseits keineswegs das leisten kann, was wir von dem „Wertheim-Schauta“ verlangen. Vor allem ist zu bedenken, daß durch die frontale Vernähung der Scheidenwunde nicht etwa der Uterus in toto nach vorn verlagert wird, sondern nur die Portio, was nach unseren Erfahrungen beim Prolaps gerade ungünstig wirkt. Verfasser wird wohl selbst sehr bald von seiner Methode abgehen, wenn er die ersten Mißerfolge erlebt hat, welche aus anatomischen Gründen nicht ausbleiben können. Frankenstein-Köln.

v. Holst, M. (Dresden), **Zur Beurteilung des Pfannenstielschen Faszienquerschnittes.** (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 1043.)

Die Tatsache, daß in der jüngsten Zeit verschiedene Publikationen erschienen sind, welche die Vorteile des Pfannenstielschen Querschnittes leugnen, veranlaßte den Verfasser, sein Material zu dieser Frage

zu veröffentlichen. Die Vorteile, welche H. dieser Schnittführung nachrühmt, sind ja zur Genüge bekannt: Geringere Herniengefahr, kosmetische Rücksichten usw. Als einzige Beschränkung führt er Platzmangel bei sehr fetten Frauen mit Recht an. H. hat in der letzten Zeit nur in ca. 1 % der Fälle den Längsschnitt angewandt. Er verfügt über 450 Querschnitte, von denen 250 Fälle nachuntersucht werden konnten. Er fand bei prima intentio 0 %, bei sekunda intentio 1 % Hernien, während in den bekannten Statistiken beim Längsschnitt die entsprechenden Zahlen 9 % und 31 % lauten. Mit Recht hebt er dieses Moment ganz besonders hervor, und leitet hieraus allein schon die Überlegenheit dieser Schnittführung über den Längsschnitt ab. Frankenstein-Köln.

Waldstein, Edmund (Wien), Die transversale Episiotomie. (Leipzig 1911. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge Nr. 640. 10 Seiten.)

W. bespricht ausführlich die Vorteile und Nachteile der bisher üblichen Erweiterungsschnitte der Vulva, der medianen und der seitlichen Episiotomie. Erstere hat den Vorteil, daß der Schnitt reichlich Platz schafft, nämlich das Doppelte der Schnittlänge; wenn der Schnitt aber beim Durchtritt des Kopfes weiterreißt, so ist es nicht immer mit Sicherheit zu vermeiden, daß er nicht bis in den After hineinreißt. Die seitliche Episiotomie dagegen vermeidet diese letztere Gefahr, schafft aber nur verhältnismäßig geringe Platzvermehrung. Die Vorteile dieser Schnitte sucht W. durch seine „transversale" Episiotomie zu kombinieren, während er zugleich deren Nachteile vermeiden will. Er legt den Schnitt senkrecht auf die Raphe perinei etwa in der Mitte zwischen Anus und Vulva an und vervollständigt ihn nötigenfalls durch eine mediane Verbindung mit dem hinteren Vulvasaume. Die Naht wird am besten in frontaler Richtung angelegt. Diese Art der Schnittführung schafft ausreichend Platz und kann, solange der Damm noch besteht, zur Anwendung kommen, um den Sphinkter ani zu schützen. Sie kann also präventiv angelegt werden, ohne bleibende Schädigung zu setzen.
Frankenstein-Köln.

Fischer, Otto, Über die Ruptur des graviden Uterus in einer alten Kaiserschnittsnarbe. (Aus der Univ.-Frauenklin. in Würzburg.) (Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. 1912, 70. Bd., 3. Heft.)

Bericht über einen Fall, in dem zwei Kaiserschnitte mit querem Fundalschnitt nach Fritsch vorausgegangen waren. Das zweite Mal hatte man den Schnitt in der alten Narbe gemacht, die Ränder dann etwas auf jeder Seite vor der Naht gespalten. Beide Male war zur Naht Seide und Katgut verwendet. Die Ruptur erfolgte im 8. Monat der dritten Schwangerschaft, ohne besondere äußere Veranlassung, ganz plötzlich. Operation erst nach einigen Tagen, da der behandelnde Arzt die Beschwerden nicht richtig gedeutet hatte. Supravaginale Amputation. Das Ei war in die Bauchhöhle ausgetreten gewesen. Tod an Erschöpfung. — In einem zweiten ganz ähnlichen Fall, wo auch zwei Kaiserschnitte, aber mediane, vorausgegangen waren, wurde zum dritten Male der Kaiserschnitt mit supravaginaler Amputation erfolgreich ausgeführt. Aber auch an diesem Präparat ließ sich nachweisen, daß die Narbe äußerst dünn war, daß zwischen Serosa und Dezidua nur 2—3 mm Muskularis vorhanden waren. Offenbar stülpt sich sehr leicht bei der Naht und bald danach Dezidua in den Wundspalt hinein. — Aus dem Umstande, daß Dahlmann seinerzeit unter 21 Fällen von Ruptur alter Kaiserschnittsnarben 11 mit vorausgegangenem fundalen Querschnitt fand, zieht F. den wohl richtigen Schluß, daß diese Schnittführung geradezu zu späteren Rupturen disponiere. Anatomisch sei das durchaus verständlich, da die Blutgefäße dem Schnitt parallel laufen, also die Blutversorgung der Narbe eine denkbar schlechte werden muß, und da der Querschnitt fast alle Muskelschichten senkrecht zu ihrem Verlauf trifft. Dazu kommt, daß bei diesen Fällen Dahlmanns die Ruptur 6 mal bereits im letzten Schwangerschaftsmonat, 3 mal kurz nach Wehenbeginn eintrat, auch ein Zeichen ganz besonderer Schwäche der queren



Narbe. — Um die an sich seltnen Rupturen alter Kaiserschnittsnarben noch seltner zu machen, empfiehlt F. folgendes: Möglichste Vermeidung des queren Fundalschnittes, Vermeidung der Eröffnung des Uterus im Bereiche der Plazentarstelle, exakte Nahttechnik (kein Einstülpen oder Durchstechen der Dezidua, kein zu dickes, schwer oder unresorbierbares Nahtmaterial), Vermeidung der Uterustamponade nach Kaiserschnitt, keine zu frühe Anlegung der Naht, bevor der Uterus so gut als möglich kontrahiert ist (Sekale!). Bei wiederholtem Kaiserschnitt wird man die alte Narbe, wenn sie nicht sehr derb und fest ist, exzidieren. Daneben sucht man natürlich Fieber im Wochenbett, besonders von Entzündung der Gebärmutterwände herrührendes, zu vermeiden, desgl. schnelle Aufeinanderfolge der Schwangerschaften u. a. Bei irgendwelchem Verdacht auf Ruptur begünstigende Umstände, dauernde Beobachtung der Wiedergeschwängerten.

R. Klien-Leipzig.

von Seuffert (München), Über intraperitoneale Ölinjektion. (Monatsschr. für Geb. und Gyn. Bd. 35, p. 539.)

S. berichtet über die Erfahrungen, welche mit der intaperitonealen Ölinjektionsmethode in der Münchener Frauenklinik gemacht worden sind. Zunächst kann er von 3 Fällen berichten, bei denen die Ölinjektion n a c h stattgehabter peritonealer Infektion gute Resultate zeitigte. Bezüglich der prophylaktischen Ölung kann sich Verfasser den günstigen Erfahrungen der Kieler Klinik nicht anschließen, obwohl der Laboratoriumsversuch die Ergebnisse von H o e h n e bestätigte. Von 10 prophylaktisch mit Öl vorbehandelten Fällen gingen 7 trotzdem zu Grunde. Unter Berücksichtigung der Laboratoriumsversuche müssen wir wohl annehmen, daß diese Patientinnen nicht an der Resorption von Bakterien, sondern von deren Toxinen zu Grunde gegangen sind, was in praxi gleichbedeutend sein dürfte. Referent meint, daß jedenfalls die intraperitoneale Ölinjektion für die Praxis noch nicht spruchreif ist. Frankenstein-Köln.

Eicher, Siegfried, Zur Prophylaxe und Therapie der akuten puerperalen Mastitis. (Aus dem Frauenspit. Basel-Stadt.) (Hegar's Beitr. z. Gebh. u. Gyn. 1912, 17. Bd., 2. Heft.)

Während dem Eindringen der Keime in die Milchgänge (Galaktophoritis) und von da sekundär ins Bindegewebe, schwer oder gar nicht entgegenzutreten ist, kann man das (häufigere) Eindringen der Keime durch Wunden an den Warzen, durch Schrunden und Fissuren bis auf wenige Fälle verhindern. Abtöten kann man die Keime (meist kommen Staphylokokken in Betracht) allerdings nur mit Sublimatlösung 1:5000, aber dieses Verfahren verbietet sich wegen der Giftigkeit des Sublimates und der gelegentlich hervorgerufenen Hautreizungen. Dagegen haben sich p e r m a n e n t e P r i e ß n i t z u m s c h l ä g e m i t 4 % i g e r B o r s ä u r e l ö s u n g außerordentlich gut bewährt. Diese wirken zwar nichts weniger als bakterizid, aber s i e v e r h i n d e r n j e d w e d e S e k r e t s t a u u n g kleiner und kleinster Verletzungen und schalten dadurch eine wesentliche Bedingung für das Eindringen der Spaltpilze in die Tiefe des Bindegewebes aus. Allerdings erfordert diese Behandlung viel Arbeit und Aufmerksamkeit. Die Prießnitzumschläge müssen nach jedem Stillakt erneuert werden. Da sie die Warzenhaut sehr aufweichen, sind jetzt nach dem Vorschlag von F r a n z Versuche mit 70 % igen Alkoholumschlägen im Gang mit etwas Thymolzusatz. — Um eine einmal eingetretene Mastitis zu kupieren, so hat sich am besten die antiphlogistische Behandlung mit Eisblase, Ruhigstellung der Brust und Behandlung der Schrunden mit 5 % igen Karbolglyzerinumschlägen bewährt; daneben Verwendung von Warzenhütchen oder gänzliche Absetzung für 3 bis 6 und mehr Tage. Nicht zu empfehlen sei die Verwendung der B i e r schen Saugung im Beginn. — Ist es einmal zur Bildung von Eiter gekommen, dann sobald wie möglich unter Lokalanästhesie oder im leichten Ätherrausch kleine Stichinzision, von der aus mit dem Finger oder der Kornzange die Wundhöhle in der Tiefe erweitert und event. Nebenherde eröffnet werden.



Tamponade mit Xeroformgaze und aseptischer Deckverband, der erst nach 3—6 Tagen gewechselt wird. Nur selten werde Einlegen eines Drainrohres nötig, noch seltner Gegeninzisionen. Auch in diesem Stadium ist die Baseler Klinik keine Freundin der Bierschen Saugung, obwohl sie in diesen Fällen wenigstens ohne Bedenken angewendet werden könne.

R. Klien-Leipzig.

Baisch, K. (München), Zur Frage der endogenen Infektion im Wochenbett (Monatsschr. für Geb. und Gyn. Bd. 35, p. 409.)

Die Frage der endogenen Infektion ist seit Kaltenbach aus der gynäkologischen Fachliteratur nicht verschwunden. B. stellt in dankenswerter Weise den jetzigen Stand dieser interessanten Frage im Zusammenhange dar. Er zeigt, daß momentan eigentlich nur die artefizielle und vor allem die spontane endogene Infektion noch umstritten ist. Seine Untersuchungen ergeben, daß erstere durch die lege artis vorgenommene Exploration nicht verursacht wird. Scheidenspülungen begünstigen durch Schwächung der Schutzkräfte des Körpers die endogene Infektion, ebenso die Einführung von Fremdkörpern jeglicher Art, wie Laminaria, Kolpeurynter usw. Im besonderen Maße befördern operative Eingriffe diese Infektionsart.

Die spontane endogene Infektion kann zweifellos auch zu schweren, ja tödlichen Erkrankungen führen; doch sind deren Kriterien nicht leicht zu erkennen. Es ist unbedingt nötig, durch eine gründliche, alle Organe des Körpers genau berücksichtigende Sektion irgend eine Erkrankung anderer Organe des Körpers auszuschließen. Nur derartig einwandsfreie Fälle können uns Klarheit darüber verschaffen, wie oft eine spontane endogene Infektion vorkommt.

Frankenstein-Köln.

Kehrer, E. (Dresden), Zur operativen Behandlung der Post-partum-Blutungen. (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 851.)

K. steht auf dem Standpunkte, daß wir uns bestreben müßten, die Verblutungsfälle in der geburtshilflichen Praxis vermeiden zu lernen. Er glaubt, daß dies dadurch gelingen könnte, daß wir uns an den Gedanken gewöhnen, daß der Uterus in einem gewissen Stadium der totalen Atonie auf die gewöhnlichen Reize einfach nicht mehr reagiert. Nur im Stadium der Hypotonie, d. h. im Stadium der leichten Ermüdung oder Erschlaffung ist er energischen Reizen noch zugänglich.

Natürlich ist es sehr schwer zu sagen, wann dieser gefährliche Zustand der totalen Atonie eingetreten ist. Wir dürfen nicht verschweigen, daß in vielen Fällen der Optimismus zu weit getrieben wird; erst der Exitus zeigt an, daß die Schwere des Zustandes verkannt worden ist. Andererseits fand Verfasser, daß bei der totalen Atonie die bisher üblichen Operationsmethoden, die vaginale Totalexstirpation und der Porrosche Kaiserschnitt, nicht ausreichen. Er gibt deshalb eine neue Methode der supravaginalen Korpusamputation an, die noch schneller, als der Porro, zum Ziele führt. Der Kernpunkt seiner Methode ist, daß er mit einem Faden die seitlichen Uteringefäße abschnürt und zugleich die Faszie schließt. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Nach dem Verschluß der Blutungsquelle macht er eine intravenöse Kochsalzinfusion event. mit Adrenalin. Praktische Erfahrungen mit seiner Operationsmethode liegen noch nicht vor.

Frankenstein-Köln.

Rieck (Mainz), Pituitrin als Wehenmittel im Privathause nicht zu empfehlen. (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 816.)

An der Hand einer ausführlichen Krankengeschichte warnt Verfasser vor dem Gebrauch des Pituitrin in der Privatpraxis. Er erlebte nämlich in diesem Falle einen ausgesprochenen Tetanus uteri, der auf das Mittel zurückgeführt werden muß. Dem Referenten will es allerdings scheinen, als ob die Schuld nicht allein dem Mittel, sondern der etwas unvorsichtigen Anwendung zur Last fällt. Es handelte sich um eine 2 para im 7. Graviditätsmonat, bei der nach einem Unfall die Blase sprang, einige Geburts-



wehen eintraten, die Geburt aber nicht in Gang kam. Es wurde deshalb 7,5 Pituitrin von dem neuen, stärkeren Präparat von Parke, Davis u. Co. injiziert. Nachdem die Wirkung dieser Injektion nach 6 Stunden nicht zum Ziele geführt hatte, wurde eine zweite Injektion vorgenommen, deren Stärke leider nicht angegeben ist. Nach weiteren 4 Stunden wurde der Tetanus uteri mit sehr starker Retraktion des Uterus festgestellt.

Referent hat folgende Ausstellungen zu machen: 1. Wir wissen durch die vorliegenden Publikationen, daß die Wirkung des Pituitrin vor dem normalen Schwangerschaftsende inkonstant ist; demnach hätte Verfasser besser daran getan, die Beendigung der Frühgeburt nicht durch das Mittel erzwingen zu wollen. 2. Wir kennen bei der Neuheit des Mittels ihre Maximaldosis noch nicht, müssen bei seiner differenten Wirkung aber doch annehmen, daß sie sich wird finden lassen. Besonders aber ist damit zu rechnen, daß die wehenerregende Wirkung bei zu starker Dosierung leicht einen Tetanus hervorrufen kann. Der angeführte Fall zeigt zur Evidenz, daß man mit der Dosierung vorsichtig sein muß, daß man sich hüten soll, die Dosis so hoch zu wählen, daß ein Krampf hervorgerufen wird. Da andrerseits das Mittel eine fühlbare Lücke in unserem Arzneischatze ausgefüllt hat, glaube ich nicht, daß es berechtigt wäre, wegen des einen Falles das Mittel wieder fallen zu lassen. Endlich möchte Referent darauf aufmerksam machen, daß in den Publikationen der letzten Zeit eine sich befand, welche uns zeigte, daß man bei einer geeigneten Dosierung mit dem Sekale die gleichen Erfolge erzielen kann, wie mit dem Pituitrin. Es ist also keineswegs angängig, diese Mittel zu verdammen, weil sie bei falscher Dosierung unangenehme Nebenwirkung haben; wir müssen uns vielmehr bemühen, die richtige Dosierung genau zu eruieren.

Frankenstein-Köln.

Hirsch, E. (Straßburg), Pituitrin in der Geburtshilfe. (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 1984.)

H. teilt die an der Straßburger Hebammenanstalt mit dem Präparat von Parke, Davis u. Co. gemachten Erfahrungen mit. Behandelt wurden 32 Fälle, davon 10 mit dem älteren, schwächeren, 22 mit dem neuen Präparat. Es wurde stets bei primärer oder sekundärer Wehenschwäche injiziert, und zwar 3 mal vor der Sectio caesarea, 13 mal bei vorzeitiger, 19 mal bei rechtzeitiger Geburt. Die Erfahrungen decken sich mit denen anderer Autoren: Das Pituitrin ist kein wehenanregendes Mittel; es gelingt nicht, damit den Abortus oder die Frühgeburt einzuleiten. Es kann jedoch die durch Tamponade oder Metreuryse angeregten Wehen verstärken. Ist die Geburt bereits im Gange, so vermag es meistens sistierende Wehen anzuregen oder zu schwache Wehen zu verstärken und zu verlängern, um dann in der Austreibungsperiode seine größte Wirksamkeit zu entfalten. Aus diesem Grunde empfiehlt sich das Pituitrin vor der Sectio caesarea; für die Nachgeburtsperiode besitzen wir im Secacornin ein dem Pituitrin überlegenes Mittel.

Frankenstein-Köln.

Kolb, Otto (Tutzing). Erfahrungen mit der Gurita. (Münchner med Wochenschr. 1912, p. 761.)

Die Gurita wurde zuerst von Stratz zur Erhaltung der straffen Bauchdecken nach der Entbindung empfohlen. K. hat sie nun außerdem bei der Entbindung selbst verwandt und behauptet, daß sie die Wehen zu stärken vermöge. Er führte als Illustration eine Geburtsgeschichte an. Es ist an und für sich recht gut möglich, daß die Binde in dieser Richtung wirkt; jedenfalls verdient das Mittel Beachtung, da es ja ohne weiteres klar ist, daß die Binde allein, besonders bei Hängeleib, der Kreißenden Erleichterung schafft, selbst wenn die Verstärkung der Wehentätigkeit ausbleiben sollte.

Frankenstein-Köln.



Psychiatrie und Neurologie.

Bossi, M. L., Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn. (Verl. v. O. Coblentz, 137 S., M. 3, 1912.)

Bekanntlich hat B. mit großer Energie einen Gedanken aufgegriffen und verfolgt, den schon vor einem Menschenalter Altmeister B. S. Schultze vertreten hat, ohne daß es seiner Autorität gelungen wäre, dem Gedanken Eingang in die Wissenschaft zu verschaffen. — Den seinerzeit im Zentralblatt für Gynäkologie mitgeteilten Fällen fügt B. noch eine lange Reihe weiterer Fälle (im ganzen 32) hinzu, in denen z. T. schwere geistige Störungen durch Heilung gleichzeitig bestehender genitaler Affektionen geheilt worden sind. Viele der Fälle wurden der B.'schen Klinik aus Irrenanstalten zugeführt. In den meisten Fällen bestanden entweder chronisch-infektiöse Prozesse am Uterus oder Amenorrhoe. Bei letzterer hat B. interessante Versuche über die Giftigkeit des Uterusscheidensekretes gegenüber dem normal menstruierender Frauen angestellt. Es ergab sich bei den angestellten Impfversuchen eine bedeutend größere Giftigkeit des Sekretes Amenorrhoischer, so daß B. dazu kommt, in der großen Mehrzahl der Fälle infektiös-toxische Ursachen den in Rede stehenden geistigen Störungen zu Grunde zu legen. Vorläufig teilt B. folgendermaßen ein: 1. Psychosis: toxisch-infektiös (akut-Delirium, chronisch-Erregungszustand und Hypochondrie); 2. Psychosis: infolge veränderter Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion (Kräpelin); 3. Psycho-Neurose: infolge Erschöpfung. Ad 1 kamen zur Beobachtung als ätiologische Faktoren: a) verallgemeinerte schwere Infektion (Puerperaldelirium); b) lokalisierte Infektion mit klaren Erscheinungen (Subinvolutio uteri, Gonokokkeninfektion, Pyosalpinx, Folgen von Abort usw.); c) lokalisierte schleichende Infektion, die leicht dem minder erfahrenen Auge entgeht oder von dem Beobachter, der die Bedeutung derselben unterschätzt, nicht gesucht wird. Diese letzte Form sei allgemeiner als man gewöhnlich annimmt, die innere Untersuchung ergibt ein negatives Resultat, wenn der Beobachter jene eine oder zwei Ulzerationen geringen Umfanges am Uterushals verkenne mit ihren pathogenen Keimen, jene Ovula Nabothi, der Ausdruck eines trägen Entzündungsprozesses. Oft auch war mit der eitrigen Endometritis eine Retroflexio oder eine Hyperanteflexio verbunden, wodurch dem Sekret der Abfluß erschwert war und es durch die Retention zu fortgesetzter Aufnahme von Toxinen kam. Gerade in diesen Fällen hatte B. die glänzendsten Resultate, das klinische Bild der Dementia praecox verschwand nach Ausheilung der genitalen Affektion. Unter Berufung auf B. S. Schultze und Hobbs, der in London ähnliche Resultate erzielt hat, wie B. in Genua, fordert B. die gynäkologische Untersuchung einer Jeden, die ins Irrenhaus geschickt werden soll, bezw. eine gynäkologische Überwachung resp. Behandlung weiblicher Irren. Es würde unendliches Unglück verhütet werden. R. Klien-Leipzig.

Engelhard, J. L. B. (Utrecht), **Über Generationspsychosen und den Einfluß der Gestationsperiode auf schon bestehende psychische und neurologische Krankheiten.** (Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. 70. Bd., 3. Heft, 1912.)

Besprechung der in der Utrechter geburtshilflichen Klinik in den Jahren 1899—1910 unter 19910 Gebärenden akut aufgetretenen 29 Psychosen. 9 waren Graviditäts-, 20 Puerperalpsychosen. Von letzteren waren 9 posteklamptische, 5 waren sub partu aufgetreten. In der Mehrzahl dieser Puerperalpsychosen ließen sich hereditäre Disposition, Infektion und Erschöpfung als Ursache nachweisen. Für die posteklamptischen Psychosen schien ein Zusammenhang zwischen der Urinsekretion und dem Auftreten resp. dem Verlauf der Psychose zu bestehen. — Die Graviditätspsychosen dauerten durchschnittlich $8^1/_2$ Monate, die puerperalen viel weniger lange, am längsten die posteklamptischen und albuminurischen, nämlich $1—3^1/_2$ Monate. Die übrigen dauerten nur + 1 Woche. Die durante partu auftretenden Psychosen waren von ganz kurzer Dauer. — Sämtliche beobachteten Psychosen heilten mit einer Ausnahme, bei der ein Defekt bestehen blieb. — Bei 13 späteren



Geburten dieser Frauen trat nur einmal ein Rezidiv der Psychose auf. Bei 8 Epileptikerinnen ließ sich kein Einfluß der Gravidität und Geburt auf das Leiden nachweisen. — Betreffs der Therapie will E. zwei Gruppen trennen: die Psychosen in der Gravidität und durante partu; die Puerperalpsychosen. Bei den letzteren könne nur von einer psychiatrischen Behandlung die Rede sein, in einer Anstalt, mit Ausnahme der kurzdauernden Fieberdelirien oder der reinen Psychosen mit puerperaler Infektion kompliziert. Auch die Behandlung der posteklamptischen Psychosen werde hauptsächlich dem Psychiater zufallen. Bei den Graviditätspsychosen werde auch oft Anstaltsbehandlung notwendig sein, es erhebe sich aber hier die Frage, ob die Gravidität unterbrochen werden soll. Im allgemeinen beantwortet E. diese Frage mit „Nein", besonders auch bei der Melancholie. Nur bei der Chorea gravidarum fordern die „glänzenden Resultate" zur Unterbrechung der Schwangerschaft dann auf, wenn Schlaflosigkeit eintritt und sich das Allgemeinbefinden verschlechtert. R. Klien-Leipzig.

Musser, Probleme der Basedow-Behandlung (Problems in the treatment of exophthalmic goitre). (The american Journal of the medical sciences 1912, H. 6.)

1. Endemischer Kropf sollte nicht chirurgisch behandelt werden bevor nicht eine zweckmäßige allgemeine Behandlung längere Zeit hindurch versucht war. 2. Namentlich ist die chirurgische Behandlung nicht zu raten bei Fällen die mit funktionellen oder organischen Störungen anderer sekretorischer Organe kompliziert sind, so lange bis diese gebessert oder beseitigt sind. 3. Kommen trotz der allgemeinen oder der gegen die Störungen anderer Organe gerichteten Behandlung Rückfälle vor, dann chirurgische Behandlung. 4. Die innere Behandlung sollte von 6—24 Monaten durchgeführt werden. Günstige Resultate sind erst dann zu erwarten, wenn Patient unter absoluter ärztlicher Kontrolle (Ruhe, Diät, Bäder, physikalische Therapie) steht und zwar lange genug. 5. Soll die chirurgische Intervention Dauerresultate geben, so erfordert sie dieselbe rigide und lange Nachbehandlung. Nach Verfassers Ansicht tut der Chirurg in der Kropfbehandlung zu viel, der Internist zu wenig. v. Schnizer-Höxter.

Sibelius, Rückenmarksanomalien bei Paralytikern. (Beiträge zur patholog. Anatomie und zur allg. Pathologie LI 1911.)

1. Es wurde das Rückenmark bei 24 Fällen von Paralysis progressiva und bei 15 „Vergleichs"-Fällen („Normalen") je in mehreren Segmenten untersucht.

2. Das Vergleichsmaterial wies für die Form der Substantia gelatinosa Rolandi zu Querschnitten des Rückenmarks in dessen oberen Hälfte eine viel größere Variationsbreite auf, als gewöhnlich angenommen wird.

Es konnte bei den untersuchten Paralytikern meistens auch auf Variationen der Verteilung der Pyramidenbahnen auf Rückenmarksquerschnitt eingegangen werden. Die in den untersuchten Fällen von Paralyse meistens vorhandenen Pyramidenbahnendegenerationen ergaben nämlich die Möglichkeit, im Einzelfall der Verteilung dieser Bahnen auf Seiten- und Vorderstrang nachzugehen. Es ließ sich nachweisen, daß das bei Paralytikern, auch bei Untersuchung einer größeren Anzahl von Rückenmarkshöhen, relativ häufig gefundene Fehlen einer Degeneration im Vorderstrang bei vorhandener Markfaserndegeneration bezw. Fasernausfall in den Pyramidenstrangbahnen von dem Fehlen oder minimaler Größe einer Pyramidenstrangbahn in den betreffenden Fällen herrührte.

3. Es fanden sich im Rückenmark bei 15 von den 24 Paralytikern Anomalien, welche beim Vergleichsmaterial nicht zu finden waren und auch nach sonstigen Erfahrungen beim normalen Rückenmark sich nicht oder sehr selten finden. Derartige Anomalien waren Heterotopien der grauen Substanz in dem Hinterstrang, Zungenbildungen der Hinterhörner, Aneinanderrücken der Clarkeschen Säulen innerhalb der verbreiterten hinteren Kommissur, die Seitenfurche im Zervikalmark. Denselben konnte noch zuge-



rechnet werden in einem Fall Kolonienbildung der Spinalganglienzellen nebst zweikernigen derartigen Ganglienzellen.

Weiter fand sich bei dem Paralytikerrückenmark eine ausgesprochene größere Frequenz von Variationen bezw. Anomalien, welche auch unter dem Vergleichsmaterial (und teilweise auch von andern Verfassern bei Normalen) gefunden wurde. Hierher gehören die extramedulläre Gliabindegewebsgrenze der zervikalen Hinterwurzeln, das Eindringen der Seitenstränge von dorsomedialer Seite des Hinterhornes in dieselbe (durch die Substantia gelatinosa Rolandi), die Formvariationen der Substantia gelatinosa Rolandi. Hierher zu rechnen wäre auch das Fehlen oder die minimale Größe der Pyramidenvorderstrangbahnen einerseits, die außergewöhnliche Größe des Areals derselben Bahnen andrerseits, von welchen Pyramidenbahnvariationen wenigstens die erstgenannten bei Paralytikern häufiger als bei Normalen vorzukommen scheinen.

4. Es konnte für die meisten der untersuchten Rückenmarksanomalien eine genetische Analyse wenigstens einigermaßen durchgeführt werden.

5. Es ergab sich eine auffallende Auswahl in den Kombinationen der gefundenen Anomalien im Einzelfall.

In den Rückenmarken mit erheblichen Zentralkanalstörungen (zentralen Gliosen bezw. Höhlenbildungen) kamen die übrigen Anomalien nur vereinzelt vor. Dagegen waren die Fälle, wo diese übrigen Anomalien angehäuft vorkamen, von größeren Zentralkanalanomalien (zentralen Gliosen) frei.

Weiter fanden sich die Heterotopien, die Spross- und Zungenbildungen nur in Fällen, wo auch Variationen bezw. Anomalien in phylogenetisch älterer (oder jüngerer Richtung) vorhanden waren; dagegen konnten Anomalien letzterer Art für sich im Einzelfall bestehen.

Es konnten in demselben Falle Variationen sowohl in phylogenetisch jüngerer als älterer Richtung vorkommen.

6. Die Befunde sprechen dafür, daß es sich bei den untersuchten Paralytikern zu nicht kleinem Teil um dysarchitektonische Rückenmarksanlagen handelt, welche verschiedene Typen darstellen.

Die am häufigsten vorkommende war die „glio-neuro-dysarchitektonische" Rückenmarksanlage. Sie war charakterisiert durch eine Labilität der für den Bau der architektonischen Verbände Richtung gebenden Kräfte, eine Labilität, die, wo sie weniger stark war, zu Variationen bezw. zu Anomalien im phylogenetischen Bereich und zwar nach zurückliegenden Formen hin, führte. So zu Juxtaposition der Clarkeschen Säulen, zu extramedullärer Lage der Gliabindegewebsgrenze der Hinterwurzeln usw. Wo die Labilität stärker hervortrat, da konnten Bildungen entstehen, für welche, wie die Heterotopien, Sproß- und Zungenbildungen des Hinterhornes, keine phylogenetischen Vorbilder bekannt sind.

Weniger häufig, in 4 Fällen nur, kam die dysarchitektonische fehlerhafte Rückenmarksanlage vor, welche später Träger einer zentralen Gliose (bezw. Höhlenbildung) wird. Bei diesen kommen Anomalien, welche dem glio-neurodysarchitektonischen Typus eigenartig sind, auffallend selten vor.

7. Außer diesen beiden dysarchitektonischen Rückenmarksanlagen fanden sich sehr selten und zwar nur in einem Falle, Hemmungsbildungen in dem Sinne, daß die nervösen Einzelbildungen qualitativ oder quantitativ bedeutend zurückgeblieben bezw. an Zahl erheblich vermindert, oder daß frühere Entwicklungsphasen fixiert waren. Es kamen in dem betreffenden Falle zweikernige Spinalganglienzellen und Kolonienbildung in den Spinalganglien vor.

8. Die glio-neuro-dysarchitektonischen Rückenmarksanlagen bei unseren Paralytikern zeigten viel innigere Beziehungen zu einer klinisch nachweisbaren hereditären neuropathischen Belastung als die dysarchitektonischen Rückenmarksanlagen, welche später Träger von zentralen Gliosen- bezw. Höhlenbildungen wurden.

9. Das auffallend häufige Vorkommen der Anomalien im Rückenmark bei Paralytikern, welche Anomalien bei den Normalen nicht oder sehr viel



seltener gefunden wurden, spricht für das Vorhandensein irgendeiner endogenen Disposition bei den werdenden Paralytikern.

Dagegen läßt sich an der Art und Kombination dieser Anomalien nichts Sicheres von der Art dieser Disposition schließen, nur soviel kann gesagt werden, daß ein in meinem Paralytikermaterial deutlich vorfindliches Fehlen von einem Parallelismus zwischen der Zahl der Anomalien einerseits und der Stärke der Hinterstrangsaffektionen bezw. der Rückenmarksaffektionen im ganzen andrerseits, schwer vereinbar ist mit der Annahme, daß eine bedeutende direkte, hauptsächlich in den gedachten Rückenmarksanomalien sich kennzeichnende Disposition des Rückenmarks für die betreffende Erkrankung vorhanden wäre. Dieser fehlende Parallelismus läßt sich dagegen besser vereinigen mit der Annahme irgend einer allgemeinen Disposition des Organismus für Paralyse.

10. Als sicher ergab sich, daß die von mir studierten Anomalien in den Hinterwurzeln und Hintersträngen nebst den naheliegenden Rückenmarksstielen nicht ohne weiteres als maßgebende Zeichen für eine lokale, stark verminderte Widerstandsfähigkeit des Hinterstranges gegen beliebige Krankheitsprozesse anzusehen seien, wie es nicht selten angenommen wird. Diese Anomalien können sich auf mehr allgemeine Dispositionen beziehen.

K. Boas-Straßburg i E.

Kinderheilkunde und Säuglingsernährung.

Mc. Clanahan, Asthmabehandlung bei Kindern (The management of asthma in children. (The american. Journal of the medical sciences 1912, H. 6.)

Die Mehrzahl der kleineren und größeren Kinder, die an Asthma leiden, heilen schließlich, und zwar durch geeignete Pflege und Behandlung. Bei einer begrenzten Anzahl entwickelt sich Emphysem und bei diesen ist infolgedessen das allgemeine Wachstum dauernd geschwächt. Dies ist die ernsteste Folge des Asthma, weshalb alle Fälle prompte Behandlung erfahren sollten in der Absicht, die Intensität und Frequenz der Anfälle zu vermindern. Mit Sorgfalt läßt sich in sehr vielen Fällen irgend eine exzitierende aber zu beseitigende Ursache, oder ein zu beseitigender Krankheitszustand, wie Konstipation oder Indikanurie finden. v. Schnizer-Höxter.

Bauereisen, A. (Kiel), **Über die Bedeutung der Tentoriumrisse für das neugeborene Kind.** (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 1035.)

Seit neuerer Zeit stehen die Tentoriumrisse im Vordergrunde des Interesses der Geburtshelfer, so daß eine Zusammenstellung ihrer Erscheinungen dankbar zu begrüßen ist. Wesentlich ist, daß diese Risse auch ohne Verletzung des Schädels vorkommen können. B. hat selbst 11 Fälle gesammelt unter 667 Geburten mit 47 Todesfällen von Neugeborenen. Fünfmal waren Tentoriumrisse stärksten Grades zu verzeichnen, die 4 mal infratentoriale Blutungen, 1 mal eine supratentoriale Blutung zur Folge hatten. Alle 11 Kinder asphyktisch geboren, nur 2 wurden wiederbelebt, starben aber beide am zweiten Tage. Alle Fälle stammen von operativ beendigten Geburten, 2 mal mittels Zange, 9 mal durch Extraktion nach Veit-Smellie. Über die Häufigkeit der Tentoriumrisse schwanken die Angaben sehr; durchschnittlich müssen wir annehmen, daß ca. in 17 % der Sektionen von Neugeborenen sich diese Erscheinung findet. Es ist unzweifelhaft, daß die operativ beendigte Geburt weitaus am meisten zu Rissen disponiert; welche Art des geburtshilflichen Eingriffes hier an erster Stelle steht, ist nicht ganz einwandsfrei nachzuweisen, wahrscheinlich ist, daß die rasche Extraktion des nachfolgenden Kopfes gefährlicher ist, als die Zange. Ferner spielt die Reife oder besser gesagt die Unreife des Kindes, die Technik der geburtshilflichen Operationen und die Beckenverengerungen eine wesentliche Rolle. Aber auch bei Spontangeburten kann es zu intrakraniellen Verletzungen kommen, obwohl tödliche Verletzungen hier wohl zu den Aus-



nahmen gehören; vielleicht, daß ungeeignete Dammschutzmanöver Unheil stiften können.

Obwohl die intrakraniellen Blutungen meist unmittelbar zum Tode führen. können doch bei geeigneter Behandlung einige Kinder gerettet werden. Gerade bei der Wiederbelebung asphyktischer Kinder ist möglichste Ruhigstellung zu beachten; aus diesem Grunde ist die Methode von Ahlfeld zu bevorzugen, während die Schultzeschen Schwingungen zu verwerfen sind. Zur direkten Behandlung der intrakraniellen Verletzungen ist zunächst eine genaue Diagnose erforderlich; wir müssen versuchen infratentorielle Verletzungen von den supratentoriellen zu unterscheiden. Infratentorielle Blutungen erkennt man an der relativen Ruhe des Kindes, den Störungen des Atemzentrums, doppelseitigen klonischen Zuckungen, event. sekundär auftretenden Rindensymptomen im Okulomotoriusgebiet und dem stark blutig gefärbten Liquor spinalis. Die supratentoriellen Blutungen machen Unruhe des Kindes, Schreien, Spannung der großen Fontanelle, Blässe der Haut, Parese des Hypoglossus und Akzessorius, Rindenkrämpfe. Sie entstehen meist langsam und sind der chirurgischen Behandlung wohl zugänglich, da diese Kinder nicht an der Blutung, sondern an den Folgen des Hirndruckes sterben. Frankenstein-Köln.

Allgemeine Pathologie u. path. Anatomie.

Heilner, Ernst (München), Die Wirkung artfremder Blutseren im Tierkörper nach subkutaner Zufuhr während des präanaphylaktischen Zustandes. (Zeitschr. f. Biologie 1912, Bd. 58, H. 7, S. 333—354.)

Spritzt man größere Mengen artfremden Eiweißes subkutan ein, so wird dieses innerhalb 3 Tage durch ein ad hoc gebildetes, besonderes, spezifisches (Immuno-)ferment verbrannt. Der Höhepunkt dieser Verbrennung liegt am 3. Tage. Wiederholt man kurz darauf die Injektion, so läuft diese Verbrennung — ohne toxische Erscheinungen! — rascher und energischer ab; das ist das präanaphylaktische Stadium. Hat sich nach längerer Zeit die sog. Anaphylaxie ausgebildet, so erweist sich der Eiweißstoffwechsel hochgradig beeinträchtigt, herabgesetzt. Mit guten Gründen erklärt H. diese Erscheinung nicht durch die Annahme neugebildeter giftiger Spaltprodukte, sondern durch die andere einer Störung in der weiteren Verarbeitung der zunächst resultierenden Spaltstücke. Die anaphylaktischen Erscheinungen würden darnach auf die relative Persistenz sonst rasch zersetzter Stoffe zurückzuführen sein.

Geht man diesem Gedanken noch weiter nach, so wird man wiederum auf gestörte Zelltätigkeit geführt; denn nach den z. Z. herrschenden Vorstellungen können ja nur die Zellen die Lieferanten solcher Fermente sein.

Buttersack-Berlin.

Youchtchenko, A. J. (St. Petersburg), Nuklease-Gehalt der verschiedenen Organe bei Mensch und Tier. (Arch. des sciences biolog. publ. par l'Institut impér. de méd. expér. à St. Petersburg. Tome XVII. Nr. 1 1912, S. 1—13.)

Nach den heute herrschenden Vorstellungen ist das Nukleoproteïn des Zellkerns zusammengesetzt aus Albumin und Nuklein. Letzteres besteht seinerseits wieder aus Albumin und Nukleïnsäure, an welche aller Phosphor, der überhaupt im Zellkern enthalten ist, gebunden ist. Dieses kunstvolle Gefüge von Verbindungen kann durch allerlei Agentien gespalten werden. Dazu gehört auch die Nuklease, ein Endozym, welches die Nukleïnsäure in Phosphorsäure. Purinbasen und Pyrimidinkerne (bases pyrimidiques) zerlegt. In einem leicht angesäuerten Medium entfaltet die Nuklease ihre stärkste Wirkung. Indem Verfasser die resultierende Phosphorsäure als Maßstab benützte, rangiert er die einzelnen Organe nach ihrem Nuklease-Gehalt in folgender, absteigender Reihenfolge: Reich an Nuklease sind: Leber, Nieren, Milz, Pankreas, Schilddrüse; weniger reich: Gehirn, Nebennieren, Lungen, Lymphdrüsen und Hoden; sehr arm sind: Herz, Blut, Muskeln und Blutserum.

Das Blut von Kuh, Hund, Hase ist reicher an Nuklease als das des



Menschen. Andererseits ist die Leber von Mensch, Pferd, Kuh, Hase viel reicher als die vom Hund.

Die Organe älterer Tiere sind nukleasereicher als die der jüngeren. Die des Menschen enthalten im allgemeinen verhältnismäßig viel Nuklease. —

Ohne Zweifel sind derlei analytische Studien unumgängliche Forschungsnotwendigkeiten. Indessen, neben ihnen darf man doch auch die Kräfte nicht außer acht lassen, welche die einzelnen Bruchstücke, denen die analytische Chemie nachspürt, seinerzeit zusammengesetzt hatten. Vielleicht sind das Faktoren, die aus dem Rahmen unserer heutigen chemischen Laboratorien heraustreten. Mag sein; aber vorhanden müssen sie sein und im Grunde sind sie für die Allgemeinheit wichtiger und interessanter als die anderen. Rud. Presber hat diesen Gedanken vor kurzem in die hübsche Form gekleidet:

„Der Weise wohl zerlegt die Uhr
Erklärend mit Behagen.
Doch gehen läßt sie der Künstler nur,
Und nur der Meister schlagen."

Buttersack-Berlin.

Imchanitzky-Ries, Marie und Ries, Julius (Bern), **Die arsenspeichernde Funktion der Uterindrüsen als Ursache der Menstruation.** (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 1084.)

Die Wichtigkeit des Arsens im Körperhaushalt und seine Beziehungen zur Menstruation sind schon längere Zeit Gegenstand der wissenschaftlichen Forschung gewesen. Zunächst fand man das Arsen in der Schilddrüse. Weiterhin ließ sich Arsen im Menstrualblut nachweisen und man nahm an, daß das thyreoidale Arsen durch das Menstrualblut wieder aus dem Körper ausgeschieden werde. Nun fanden die beiden Autoren, daß sich in den prämenstruell erweiterten Drüsen im Drüsenfundus reichlich arsenhaltiges Sekret staue. Sie nehmen deshalb an, daß die Uterusschleimhaut gerade so ein arsenspeicherndes Organ ist, wie die Schilddrüse. Der Befruchtungsvorgang steht damit nicht im Widerspruch, denn sie konnten zeigen, daß die Spermienbeweglichkeit durch Arsenzusatz zur Aufnahmeflüssigkeit eher gesteigert wird. Ebenso ließ sich nachweisen, daß im neugeborenen Fötus verhältnismäßig mehr Arsen vorhanden ist, als im Muttertier. Die Beziehungen zwischen Arsenaufspeicherung und Menstruation stellen sich die Autoren nun so vor, daß bis zur Pubertät das Arsen zum Wachstum verbraucht wird. Dann bildet sich ein Arsenüberschuß heraus, der noch nicht zum Aufbau eines Embrio verwandt wird. Nun wirkt das in den Drüsenschläuchen gestaute arsenhaltige Sekret als Gift auf die ganze Schleimhaut. Bietet doch die Menstruation das gewohnte Bild der Arseneinwirkung auf Schleimhäute. Als Stütze dieser Anschauungen konnten die Autoren nachweisen, daß die Uterusschleimhaut einen wechselnden Arsengehalt hat. Sie ist während der Periode schwach arsenhaltig, im postmenstruellen Stadium arsenfrei; der meiste Arsengehalt läßt sich im prämenstruellen Stadium nachweisen. Daß das therapeutisch gegebene Arsen bei der Frau angeblich nicht ausgeschieden wird, läßt sich auf die arsenaufspeichernde Funktion der Uterindrüsen erklären. Diese Untersuchungen sind zwar sehr interessant, doch muß man betonen, daß zweifellos noch andere Faktoren bei diesen Erscheinungen mitspielen werden.

Frankenstein-Köln.

Beer, (Experimental Study of the effects of ureteral obstruction on kidney function and structure), Experimentelle Studie über die Wirkung der Ureterenobstruktion auf Funktion und Struktur der Niere. (The american. Journal of the medical sciences 1912, Heft 6.)

1. Infektion eines nicht stenosierten Ureters kann zu Hydronephrose führen. Vielleicht erklärt dies einige der Fälle, in denen eine mechanische Ursache nicht gefunden wurde. 2. Infektion des Ureters führt selten zur Abszeßbildung, zu multiplen Nierenabszessen, es sei denn der Ureter stenosiert und nur dann, wenn die injizierten Organismen virulent sind. 3. Aseptische



Unterbindung des Ureters führt regelmäßig zu einem primären Hydroureter und in etwa 3 Wochen beginnt Atrophie und Schrumpfung des hydronephrotischen Sacks. 4. Die Meinung, daß der Gebrauch von Katgut bei Beckenoperationen keine permanente Ureterenstenose verursache, wenn das Organ abgebunden ist, ist irrig. 5. 3—4 Monate nach Ureterenunterbindung ist die Niere — ohne stattgehabte Infektion — eine kleine fibröse Masse; bei stattgehabter Infektion ein kolossaler hydronephrotischer Sack ohne Spur von Parenchymbildung. 6. Nach 3 Wochen Exklusion hält genügend Parenchym aus um sekundäre Implantation des Ureters in die Blase zu versuchen. v. Schnizer-Höxter.

Moriani, G., Über einen Fall von Aneurysma dissecans aortae mit besonderer Berücksichtigung der frischen Rupturen der Aortenmedia. (Virchows Archiv f. patholog. Anatomie, Bd. 202, S. 283, 1910.)

Den Ausgangspunkt für die Arbeit bildet ein Fall von Aneurysma dissecans der absteigenden Brustaorta einer 50 jährigen Frau mit Perforation in das hintere Mediastinum. Der Aortenriß lag 5,5 cm unterhalb des Abganges des Ductus Botalli quer zur Längsrichtung; an diese Ruptur der inneren Wandschichten hatte sich die Abwühlung der äußeren von den inneren und der Durchbruch des großen Hämatoms in das hintere Mediastinum angeschlossen. Die drei Vorkommnisse sind höchstwahrscheinlich kurz vor dem Tode unmittelbar aufeinander gefolgt, soweit sich aus der Frische der Veränderungen und daraus etwas schließen läßt, daß keine klinischen Erscheinungen dem letzten Schlaganfalle vorausgegangen sind, der in kurzer Zeit zum Tode führte. Die Aorta weist nur im untersten Bauchabschnitte vereinzelte atherosklerotische Plaques auf, ist dagegen im Brustteile, wo die Ruptur erfolgt ist, und in ihrem übrigen Verlaufe makroskopisch normal, mikroskopisch ist ihre Intima nur ganz leicht und diffus verdickt und nur stellenweise und leicht von fettiger Entartung befallen, welche unabhängig davon die Media viel stärker geschädigt hat. In der Nähe der Ruptur sind noch kleinere Risse in der Media nachzuweisen.

Deren genauere Untersuchung führte Verfasser zu dem Ergebnisse, daß zunächst kleine Risse in der primärfettig und hyalin degenerierten Media und in der Elastica interna entstanden sind, während die Intima ganz oder fast ganz von dem Risse verschont bleibt. Diese intraparietalen Rupturen glaubt Verfasser bei ihrem progressiven Fortschreiten nach dem Innern als die vielleicht häufigste Entstehungsart der inneren Aortenrisse und des intramuralen Hämatoms ansehen zu können. Er glaubt daher auch, daß die für gewöhnlich angeschuldigte Blutdrucksteigerung, obwohl sie eine wichtige Nebenursache darstellt, in diesem wie in anderen ähnlichen Fällen allein die Berstung der Aorta nicht hätte herbeiführen können und daß das Vorhandensein ausgedehnter primärer, durch die Verdickung der Intima nicht oder nur schlecht kompensierter Entartungen der Media in Wirklichkeit einen geeigneteren Boden für die Entstehung spontaner Aortenrisse darstellt. W. Risel-Zwickau.

Schurapoff (Kronstadt), Über die Empfänglichkeit der Kamele für den Mikroorganismus der Bubonenpest. (Centr. f. Bakt. Bd, 63, H. 4—6.)

Aus den Untersuchungen von Sch. geht hervor, daß Kamele für den Bubonenpestbazillus unempfänglich sind und daß der Pestbazillus für Kamele durchaus nicht pathogen ist. Nicht selten jedoch tritt die hämorrhagische Septikämie unter diesen Tieren auf. Schürmann.

Medikamentöse Therapie.

Nervenklinik Dr. Georg Flatau, Johannisstraße 14/15, Berlin N.

„In der Nervenklinik haben wir seit längerer Zeit bei den für die Jodtherapie in Frage kommenden Patienten, namentlich da, wo es auf Schonung von Magen und Darm und Vermeidung von Nebenerscheinungen ankam, das jodierte Pflanzeneiweiß Jodglidine als Jodpräparat angewandt und sind mit den Ergebnissen — wir haben keinerlei Jodismus bemerkt



— recht zufrieden. Jodglidine eignet sich, wie es scheint, ganz besonders für solche Fälle, wo es auf eine längere, gleichmäßige Jodwirkung ankommt. Die günstigen Erfahrungen mit diesem Präparate veranlaßten uns, auch die anderen Glidinepräparate, vor allen Dingen Ferro-Glidine und Arsan (As-Glidine) durchzuprüfen, und zwar besonders bei Anämien, Chlorose, allgemeiner Schwäche und Erschöpfung, herabgesetzter Ernährung und funktionellen Nervenerkrankungen. Die Störungen, die sich bei empfindlichen Patienten nach Darreichung der Fowlerschen Lösung namentlich in den Verdauungswegen zeigen, waren bei Arsan nicht zu beobachten. Besonders günstige Ergebnisse hatten wir, als wir Ferro-Glidine und Arsen kombinierten und mit 1 Tablette Arsan immer 2 Tabletten Ferro-Glidine zusammen nehmen ließen. Die günstigen Ergebnisse zeigten sich in Zunahme des Appetits, Gewichtsvermehrung." Dr. G. Flatau-Berlin.

Katschkatschew, A. B. (Moskau), Der therapeutische Wert des Jodivals als Jodpräparat. (Wratschebnaja Gaseta, 1912 Nr. 16.)

Der Verfasser berichtet über seine Erfahrungen mit Jodival, die er in der Privatpraxis und im Krankenhaus im Laufe von 2 Jahren bei etwa 200 Fällen gesammelt hat und findet den Hauptvorteil des Jodivals in dem Fehlen von Nebenerscheinungen von seiten des Magens. Auf einige Fälle, in denen Jodkalium mehr oder weniger starke dyspeptische Erscheinungen hervorrief, während eine nachfolgende Jodivalkur gut vertragen wurde, geht er in einer kurzen Kasuistik ein und glaubt auf Grund seiner Beobachtungen, das Jodival empfehlen zu können. Neumann.

Röntgenologie und physikalisch-diätetische Heilmethoden.

Eymer, H. und Menge, C. (Heidelberg), Röntgentherapie in der Gynäkologie. (Monatsschr. für Geb. und Gyn. Bd. 35, p. 268.)

Es handelt sich hier um eine große, sehr dankenswerte Sammelarbeit, welche bei der wachsenden Bedeutung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie auch für den praktischen Arzt von wesentlichem Interesse ist. Während E. das Anwendungsgebiet und die Resultate, nebst der Technik abhandelt, bespricht M. die Indikationsstellung der Röntgentherapie bei Uterusmyom.

Die in Heidelberg angewandte Technik entspricht im allgemeinen der von Albers-Schönberg. Ihre Erfolge zeigten, daß es bei Frauen über 40 Jahren gut gelingt, sie dauernd amenorrhoisch zu machen, bei jüngeren eine ausgesprochene Oligomenorrhoe zu erklären. Im allgemeinen ist mit zunehmendem Alter eine abnehmende Röntgenstrahlendosis erforderlich. Bei allen Myomatösen und Metropathischen zeigen Gewichts- und Hämoglobinverhältnisse eine zunehmende Besserung, in einzelnen Fällen war eine günstige Beeinflussung der Herzleistung nachweisbar. Die subjektiven Beschwerden schwinden und der Allgemeinzustand wird fast stets günstig beeinflußt. Von besonderer Wichtigkeit bei Myomen ist die in den meisten Fällen zutage tretende Volumenabnahme der Geschwülste, die häufig dem Aufhören der Blutung vorangeht. Bei Pruritus vulvae ist die Röntgenbehandlung angezeigt, und sollte auch bei Peritonealtuberkulose und nach erweiterter Radikaloperation bei Karzinom regelmäßig versucht werden. In der Mehrzahl der Heidelberger Fälle kam es zu Ausfallerscheinungen, die sich von den Symptomen nach operativer Kastration nicht unterscheiden und nicht unterschätzt werden dürfen. Dagegen erscheinen andere Nebenwirkungen, wie Reizzustände an Blase und Darm von untergeordneter Bedeutung. Bei geeigneter Tiefenbestrahlungstechnik unter Vermeidung einer zu großen Oberflächendosis ist es zur Erreichung eines günstigen Resultates gleichgültig, ob die Bestrahlung vor, während oder nach der Blutung einsetzt. Bei Myomen und Klimakterischen ist vollkommene Amenorrhoe anzu-



streben, während sie bei Metropathie jüngerer Frauen, Erkrankungen der Adnexe, Dysmenorrhoe usw. nicht immer erzielt zu werden braucht. Unter diesen Voraussetzungen kommt es fast immer zu einem Schwinden des Tumorgewebes, wie bei der physiologischen Klimax. Wir dürfen wohl annehmen, daß die Strahlen nicht nur auf die Ovarien, sondern direkt auf die Substanz des Tumors resp. Uterus einwirken. Zur Indikationsstellung ist zu bemerken, daß die Röntgentherapie die meisten behandlungsbedürftigen Myome dem Messer des Chirurgen entzieht. Diesem bleiben vorbehalten, die Myome der jungen Frauen, bei denen eine Konservierung von Ovarialsubstanz nötig erscheint, ferner die vereiterten und verjauchten, die submukös entwickelten und die in ihrem anatomischen Charakter zweifelhaften Myome. Um die behandlungsbedürftigen Myome näher zu bezeichnen, teilt M. alle Myome in 3 Klassen ein: 1. Die, welche keine Beschwerden machen und kein rasches Wachstum zeigen. Diese sind überhaupt nicht behandlungsbedürftig. 2. Die, welche ausgesprochene, aber erträgliche Beschwerden machen. 3. Alle rasch wachsenden Myome und die, welche allgemeine Gesundheitsschädigungen, Anämie und bedeutungsvolle Störungen an den Kreislauf- und an den Harnorganen machen.

Besonders hervorzuheben ist, daß in der ausgedehnten Arbeit der Hauptnachteil des Verfahrens, nämlich die lange Behandlungsdauer keineswegs verschwiegen wird. Frankenstein-Köln.

Fritsch, Dr. K., Jodipin im Röntgenbilde. (Beiträge z. klin. Chirurgie, Bd. 75, Heft 1 u. 2.)

In zwei näher beschriebenen Fällen, die früher mit Jodipininjektionen behandelt waren, zeigte das Röntgenbild eigentümliche, diagnostische Fehlerquellen bietende Schatten. Durch Versuche am Hunde konnte Verfasser feststellen, daß diese Schatten nicht, wie von anderer Seite angenommen, auf Verkalkung oder Verknöcherung der Muskeln, sondern allein auf Undurchlässigkeit des Jodipins für Röntgenstrahlen beruhen. Makroskopisch und mikroskopisch zeigte sich keinerlei Reaktion des Gewebes, weder Leukozyten noch Wucherungen waren an den Bindegewebs- und Muskelelementen nachweisbar. Das Jodipin wird also unverändert aufgespeichert und ganz allmählich aufgesaugt. Die graphische Darstellbarkeit des Präparates im Röntgenbilde versuchte F. praktisch zu verwerten und gelangte zum Schlusse, daß Jodipininjektionen als wertvolles, einfaches Hilfsmittel zur Diagnostizierung bezw. bildlichen Darstellung von Hohlräumen, insbesondere von Fistelgängen anzusprechen seien. Vor dem Jodoformglyzerin hat das Jodipin den Vorzug der Gleichmäßigkeit, Geruchlosigkeit und Reizlosigkeit.

Die höchste Auszeichnung, der Staatspreis, wurde auf der Hygiene-Ausstellung in Dresden der Reiniger, Gebbert u. Schall A.-G. Berlin, Stammhaus Erlangen, für ihre Röntgen- und elektromedizinischen Apparate verliehen.

Kelen, Béla (Pest), Röntgenbehandlung der chronischen Metritis. (Münchner med. Wochenschr. 1912, p. 749.)

Nachdem es gelungen ist, eine direkte Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Myome nachzuweisen, lag der Gedanke nahe, deren Anwendung auch auf die chronische Metritis auszudehnen. Handelt es sich doch bei dieser Erkrankung um eine mehr oder weniger gleichmäßige Hypertrophie der Uterusmuskulatur. Die an der Pester Klinik erzielten Erfolge waren zufriedenstellend. Die zur Anwendung gebrachte Technik war: „Bestrahlung liegend durch die Bauchwand, 3—4 wöchentlich einmal, mit einer Strahlenmenge, die wenig unter einer Erythemdosis blieb. Überharte Röhren von 11—12 Wehnelt, Fokus-Hautdistanz 25—40 cm je nach der Korpulenz." Behandelt wurden 38 Fälle, von denen 28 zur Beurteilung der Resultate herangezogen werden können. Von diesen blieb in einem Falle der Erfolg aus, in 15 Fällen war die Verkleinerung des Uterus nach 2—4 Bestrahlungen auffallend, in den übrigen Fällen ging die Besserung langsamer vonstatten, so daß die Behandlung 3 mal auf $^1/_2$ Jahr ausgedehnt werden mußte. Allerdings ist nicht zu vergessen, daß in der Beobachtungszeit von 14 Monaten 3 Rezidive zu verzeichnen waren.



Referent möchte betonen, daß die Anwendung der Röntgenstrahlen bei Metritis in der Tat Beachtung verdient. Leider ist die vorliegende Arbeit nicht beweiskräftig, da einmal die Technik nicht einwandsfrei erscheint, ferner die Wirksamkeit der Röntgenstrahlen in allen Fällen nicht erwiesen ist, da außerdem noch die üblichen Mittel zur Behandlung der metrischen Symptome angewendet wurden. Frankenstein-Köln.

Allgemeines.

Baruek (Angers), **Zunahme des Selbstmords bei jungen Leuten in Frankreich.** (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 148.)

In Frankreich endigten durch Selbstmord

im Jahre	unter 16 Jahren	zwischen 16—21 Jahren
1845	20 Personen	123 Personen
1886	62 „	324 „
1888	65 „	383 „
1889	77 „	392 „
1890	80 „	358 „
1891	73 „	395 „
1892	87 „	475 „

Im Zeitraum von 1836—1880 stieg die Zahl aller Selbstmörder von 2574 auf 6259 (= um 243 %), die der minderjährigen nur um 200%, aber zwischen 1881 und 1893 nahm die Gesamtzahl der Selbstmörder um 153 % (von 6741 auf 9703) zu, die der minderjährigen dagegen um 176 %. Die Knaben und die Mädchen sind daran im Verhältnis von 11 : 7 beteiligt. Buttersack-Berlin.

Baudouin, Marcel (Paris), **Der Gedanke der Rache in den Wundern der christlichen Kirche.** (Gazette médicale de Paris 1912, Nr. 139, S. 94.)

Baudouin stellt eine Überlegung an, welche ohne weiteres einleuchtet: Der Geist der christlichen Kirche ist auf Milde, Versöhnlichkeit, Vergebung gestimmt; in erstaunlichem Gegensatz stehen dazu die mancherlei Rachetaten, welche dem und jenem Heiligen zugeschrieben werden, die wir ihnen aber um so weniger zutrauen können, je vorzüglichere Christen sie gewesen sind. So soll der heilige Michel dem heiligen Aubert, Bischof von Avranches, ein Loch in den Kopf gebohrt haben, weil er dem visionären Befehl, an einem bestimmten Ort eine Abtei zu errichten, nicht nachgekommen sei. Der heilige Antoine du Rocher schlug einen jungen Schweinehirten mit Blindheit, weil er eine visionäre Botschaft nicht bestellte. Bei genauerem Zusehen erkennt man in diesen Geschichten neben der Rachsucht auch noch ein gut Teil Grausamkeit; denn die Unterlassungssünden der beiden Opfer waren an sich eigentlich nicht allzuschwer.

Baudouin löst die erwähnte Disharmonie damit auf, daß nicht die weltentrückten Heiligen tatsächlich die grausamen Dinge verübten, daß vielmehr das Volk sie ihnen andichtete. Das eine Mal suchte man nach einer Erklärung für das Loch im Schädel des heiligen Aubert; das andere Mal handelte es sich um eine hysterische Blindheit bei einem hypernervösen Jungen, welche übrigens bald wieder behoben wurde. B. wundert sich nur darüber, daß die Kirche diese Wunder anerkannt hat. Offenbar lag ihr an diesen mehr als am guten Ruf der resp. Heiligen. —

Im allgemeinen gilt Frankreich als die treueste Tochter der römischen Kirche, und viele glauben, daß nach dem Abklingen der dermaligen kirchenpolitischen Kämpfe das schöne Land wieder reumütig in die Arme Roms zurückkehren werde. Betrachtungen wie die vorliegende von Baudouin zeigen jedoch an, daß der Geist der Kritik alle Gesellschaftsklassen ergriffen hat, und daß die Prophezeiung von Aug. Comte in Erfüllung gehen wird: „C'est l'ascendant de l'esprit scientifique qui nous préserve de toute résurrection de l'esprit théologique.“ Uns Deutsche muten diese Betrachtungen wohlbekannt an; hat doch David Friedrich Strauß schon



vor einem halben Jahrhundert die Sonde wissenschaftlicher Kritik mit viel größerer Kühnheit an das trübe, eigentümlich brechende Medium der Überlieferung angelegt, und in Baudouin fließt, wie schon der Name andeutet, deutsches Blut. Buttersack-Berlin.

Viollette, Maurice (Deputierter, Paris), **La démoralisation de la jeunesse par les lectures criminelles.** (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 140, S. 101—102.)

Die Überschrift zeigt zur Genüge an, was Viollette sagen will. Er schildert den fatalen Einfluß der verschiedenen Schauer- und Mordgeschichten auf die heranwachsende Jugend, deren Gehirnrinde mit derlei Eindrücken imprägniert wird. Ähnlich wie Freud leitet er spätere Verbrechen von solchen liegengebliebenen Bildern ab und betont mit Recht, wie empfänglich das jugendliche Zentralorgan, welchem ja die Hemmungen noch fehlen, für jede äußere Zufuhr ist. Die Eindrücke im 13. und 14. Lebensjahr seien bestimmend für den ganzen späteren Menschen. (Ich halte meinerseits die Einwirkungen der ersten Lebensjahre, vielleicht schon Lebensmonate für weit bedeutungsvoller, Ref.).

Leider läßt sich die Literatur der Verbrecher-Romane nicht ganz aus der Welt schaffen. Diejenigen, die sie in die Welt schicken, wollen davon leben, und es ist ihnen dabei, wie den Branntweinbrennern, ganz gleichgültig, ob und wie viel Unheil ihre Ware anrichtet. V. schlägt vor, die Illustrationen dazu zu verbieten, und ebenso die Gliederung in einzelne Abschnitte mit fettgedruckten Überschriften, wie man sie auch bei unseren Tagesblättern häufig genug findet. Dann sollen die Schauer- und Mordgeschichten nicht auf der ersten und zweiten Seite der Zeitungen erscheinen, sondern mehr versteckt, um die Aufmerksamkeit nicht herauszufordern. Indessen, das sind kleine Mittel, von denen man sich nicht allzuviel versprechen kann. Wirksamer wäre es vielleicht, wenn den Verbrechern die Gloriole des Helden genommen würde und wenn die jugendlichen Leser erführen, was für unangenehme Strafen solcher „Helden" warten. Indessen, an diesem Punkte beginnt das Reich der Juristen; uns Ärzten steht kein Recht zu, den Grundsatz zu verteidigen: à méchant — méchant et demi, wenn er uns auch noch so einleuchtend erscheinen mag.

Buttersack-Berlin.

Notizen.

Tagesordnung der am 26. und 27. Oktober 1912 in der psychiatrischen Klinik in Halle stattfindenden XVIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen:

1. Herr Abderhalden-Halle: Ausblicke über die Verwertbarkeit biologischer Methoden auf dem Gebiete der Pathologie des Nervensystems.
2. „ Ahrens-Jena: Die Zirkulation des Liquor cerebrospinalis.
3. „ Anton-Halle: Pubertätsdysostose mit nervösen Symptomen.
4. „ Binswanger-Jena: Über Pseudomyasthenie.
5. „ Degenkolb-Altenburg: Das Raumumgangsfeld und die Raumerscheinungen.
6. „ Flechsig-Leipzig: Die Flächengliederung der menschlichen Großhirnrinde.
7. „ Gregor-Leipzig: Thema vorbehalten.
8. „ Jaeger-Halle: Über Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis.
9. „ Jolly-Halle: Über Heredität bei Geistesgesunden und Geisteskranken.
10. „ Kluge-Potsdam: Wie weit ist bisher die praktische Mitarbeit des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung gediehen?
11. „ Kürbitz-Sonnenstein: Über Zeichnungen Geisteskranker.
12. „ Neuendorf-Bernburg: Zur Behandlung aufgeregter Geisteskranker.



13. Herr v. Nießl-Mayendorf-Leipzig: Über die pathologischen Komponenten des choreatischen Phänomens (Projektionsvortrag).
14. „ Nitsche-Dresden: Zur Lehre von den paramoischen Psychosen.
15. „ Pfeifer-Nietleben: Überexperimentelle Untersuchungen am Thalamus opticus.
16. „ Röper-Jena: Zur Ätiologie der multiplen Sklerose.
17. „ Rühle-Uchtspringe: Experimentelle Studien über tumorartig wachsende Fremdkörper im Tiergehirn (mit Demonstrationen).
18. „ Weber-Chemnitz: Ein Fall von Hirnerschütterung mit anatomischem Befund.
19. „ Wichura-Schierke: Über einen Fall von Eklampsie mit bleibenden schweren Störungen des Gedächtnisses, Erkennens und Handelns.
20. „ Willige-Halle: Über akute Paranoia.

Bitte des Archivs der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte um Einsendung von Briefen, biographischen Aufzeichnungen und Nekrologen von Naturforschern und Ärzten.

Nachdem das Archiv den Auftrag übernommen hatte, alles Aktenmaterial der früheren Verhandlungen deutscher Naturforscher und Ärzte zu sammeln und zu ordnen, lag es als selbstverständliche Nebenaufgabe mit im Plane, auch biographisches Material über die Träger aller dieser Ereignisse, die deutschen Naturforscher und Ärzte, zu sammeln. Andere Betätigungsarten deutschen Geisteslebens, namentlich nach der künstlerischen Seite hin, haben schon längst ihre Stelle, wo gewissenhaft alles zusammengetragen wird, was sich auf das Leben und Schaffen des betreffenden Kreise und ihrer einzelnen Vertreter bezieht. Für die Naturforscher und Ärzte fehlte bisher eine solche Sammelstätte. Das Archiv unserer Gesellschaft soll sie in Zukunft bilden.

Wir richten daher an alle Naturforscher und Ärzte Deutschlands das Ersuchen, in ihrem Besitz befindliche Briefe von Verstorbenen und Verwandten und Freunden, desgleichen biographische Aufzeichnungen und Nekrologe, dem Archiv schenkweise oder leihweise in Verwahrung zu geben. Täglich werden ja alte Briefschaften vernichtet, die irgendwo als unnützer Ballast im Wege liegen; namentlich die Herren Ärzte als Familienberater, auch über ihren Beruf hinaus, können in dieser Hinsicht viel Gutes stiften und den Untergang unschätzbaren Aktenmaterials verhindern.

Ebenso wichtig ist die Sammlung der in der Tagesliteratur erschienenen Lebensberichte bei festlichen Gelegenheiten und beim Todesfall (Nekrologe).

Die Archivleitung richtet an alle Naturforscher und Ärzte die Bitte, in ihrer Bibliothek nachzusehen, was von solchen Gelegenheitsschriften noch vorhanden ist und entbehrt werden kann. Das gleiche Ersuchen ergeht an die Redaktionen unserer naturwissenschaftlichen und medizinischen Zeitschriften für die Vergangenheit und für die Zukunft. Was etwa an alten Sonderabzügen von Nekrologen noch vorhanden ist, bitten wir ergebenst uns herüberreichen zu wollen. Besonders zu Dank verpflichten würden uns die verehrlichen Redaktionen, wenn sie für die Zukunft von allen Jubel- und Gedächtnisschriften über deutsche Naturforscher und Ärzte einen Sonderabzug für das Archiv zurücklegen und gelegentlich an dasselbe senden möchten: Leipzig, Talstraße 33 II.

Im Namen der Archivleitung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. Prof. Sudhoff.

Im engen Anschluß an die Deutsche Pathologische Gesellschaft hat sich ein Verein zum Austausch anatomischer Präparate gebildet, dem fast sämtliche deutschen und eine Reihe ausländischer Pathologen



nebst einer Anzahl anderer medizinischer Dozenten beigetreten sind. Es soll durch den Verein ein Austausch anatomischer Präparate in ähnlicher Weise in Deutschland bezw. Europa eingerichtet werden, wie er schon seit einigen Jahren an den Medizinischen Museen Nordamerikas mit Erfolg betrieben wird. Die Zentralstelle des Vereins ist dem Senckenbergischen Pathologischen Institut in Frankfurt a. M. angegliedert. Weiterhin hat der Verein eine Mikroskopische Zentralsammlung, mit der Zentralstelle verbunden, errichtet, die die Belegpräparate aller wichtigen histologischen Arbeiten in Zukunft sammeln und vor Vernichtung bewahren soll. Es wird dadurch jedem Gelegenheit geboten, auch nach Jahren noch die Darstellungen in der Literatur an der Hand der Originalpräparate nachprüfen und studieren zu können. Die Leiter der wissenschaftlichen Institute, Kliniken und Krankenhäuser werden gebeten, diese Aufgaben der Mikroskopischen Zentralsammlung nach Kräften zu unterstützen. Auch von früher bereits erschienenen Arbeiten werden histologische Belegpräparate für die Mikroskopische Zentralsammlung (Senckenbergisches Pathologisches Institut, Frankfurt a. M., Gartenstraße 229) gerne entgegengenommen. Den Vorstand des Vereins bilden die Vorsitzenden der Deutschen Pathologischen Gesellschaft Herren Fraenkel-Hamburg, Paltauf-Wien und die Herren Aschoff-Freiburg, M. B. Schmidt-Marburg und B. Fischer-Frankfurt. Der Jahresbeitrag beträgt 3 Mk. Beitrittserklärungen bittet man zu richten an Herrn Prof. Dr. B. Fischer, Frankfurt a. M., Gartenstraße 229.

Bücherschau.

Fortschritte der Psychologie und ihrer Anwendungen. Unter Mitwirkung von Privatdozent Dr. W. Peters. Herausgegeben von Dr. Karl Marbe, O. O. Professor und Vorstand des Psychologischen Institutes der Universität Würzburg. Sechs Hefte dieser Zeitschrift bilden einen Band von ca. 4 Bogen, der Band kostet M. 12.—. Verlag von B. G. Teubner, Leipzig und Berlin. —

Je größere Fortschritte die Psychologie gemacht hat, desto deutlicher zeigt sich ihre Bedeutung für die übrigen Wissenschaften und die Praxis. Die Bedeutung der Psychologie für die Pädagogik ist so schon heute in den weitesten Kreisen bekannt und anerkannt, aber darüber hinaus hat die Psychologie eine, man darf wohl sagen universelle Bedeutung für die Naturwissenschaft, Medizin, Sprachwissenschaft, Philologie, Literaturwissenschaft, Ästhetik, Geschichte, Pädagogik, Jurisprudenz, Nationalökonomie und Philosophie gewonnen. In interessanter Weise zeigt dies im einzelnen eine Arbeit des Würzburger Psychologen und Philosophen Karl Marbe, die soeben als erstes Heft einer neuen, bei B. G. Teubner, Leipzig und Berlin erscheinenden und von K. Marbe unter Mitwirkung von W. Peters herausgegebenen Zeitschrift „Fortschritte der Psychologie und ihre Anwendungen“ erscheint. Die Zeitschrift ist die erste, welche sich zugleich die Aufgabe stellt, einerseits das Gesamtgebiet der Psychologie und andererseits alle ihre Anwendungen zu behandeln. Die folgenden Hefte werden Untersuchungen zur Psychologie der Beobachtungsfehler, zur Psychologie der Zeugenaussagen, über die für die Didaktik und Textkritik und damit für die Pädagogik und die Philologie wichtige Frage der Schreibfehler, über die Vererbung der Intelligenz auf statistischer Grundlage, einen auf experimenteller Grundlage gewonnenen Beitrag zum Taubstummenunterricht, endlich Marbes pschychologisches Gutachten zu dem im Mai verhandelten Prozesse wegen des Mülheimer Eisenbahnunglücks erscheinen.

So wird diese Zeitschrift nicht nur den Fachpsychologen, sondern auch den Vertretern der verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen und der Praxis willkommen sein.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza



30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.
Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 41. | Erscheint wöchentlich zum Preise von 5 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. | 10. Oktob.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Alte und neue Epilepsiebehandlungsmethoden.

Von Oberarzt Dr. **Wern. H. Becker**, Landesirrenanstalt Weilmünster.

Die Epilepsie, schon den Alten als νόσημα ἱερόν und als morbus sacer bekannt, verdankt ihren Namen keinem geringeren als Hippokrates, der schon von ἡ ἐπίληψις, dem Anfall, sprach. So reichen denn auch ihre Behandlungsmethoden z. T. bis ins graue Altertum zurück. Schon Aretaeus und Galen wußten die Baldrianwurzel als Antiepileptikum zu schätzen,[1]) Celsus und Coelius Aurelianus empfahlen Seebäder,[2]) Trallianus hemmte dadurch Anfälle, daß er an einer Extremität an der Stelle, von welcher die Anfälle auszugehen schienen, eine Fontanelle anlegte.[3]) Beim Wiederaufblühen der medizinischen Wissenschaft im Spätmittelalter sehen wir dann aus Neapel sich den Ruf der Radix Valeriana abermals verbreiten; ein Paracelsus führte darauf das Opium als Antiepileptikum ein. (ibidem). In neuerer Zeit trat Heberden zuerst für vegetabilische Kost ein,[1]) der alte Heim hatte eine besondere Vorliebe für Argentum nitricum,[4]) Hufeland für Zinkoxyd.[5]) Vor nahezu 80 Jahren erscheint dann das Brom auf der Bildfläche; Rombergs Verdienst ist es, daß sich das Bromkali als Epilepsiemittel in Deutschland einbürgerte.[6]) Belladonna empfahl bereits Trousseau. Auch die Trepanation als ultimum refugium reicht bis ins 18. Jahrhundert zurück.

Sehen wir uns diese hervorstechendsten Daten aus der Geschichte der Epilepsiebehandlung im Vergleich zu den heute geübten Methoden an, so haben wir wenig Grund, stolz zu sein auf diesbezügliche Errungenschaften der Neuzeit, müssen vielmehr kleinmütig zugeben: Tout comme chez nous. Nicht einmal die Erkenntnis, daß Spontanheilungen vorkommen, und daß fast jedes neue angewandte Mittel zunächst eine Pause in den Anfällen bewirkt, was namentlich den in Unsumme angepriesenen Geheimmitteln sehr zu statten kommt, können wir für unsere jetzige Generation in Anspruch nehmen, denn wortgetreu finde ich sie schon kurz nach dem Kriege beim Altmeister Gerhardt[7]) verzeichnet; ja, sogar Esquirol soll sich bereits in ähnlicher Weise geäußert haben.

Ziemt es sich da für uns, über die Liebhabereien eines Heim oder eines Hufeland die weisen Köpfe zu schütteln? — Unsere heutigen Boraxverordner folgen ebenso grober, vermeintlicher, hier und

da vielleicht auch einmal faktischer Empirie wie jene beiden Praktiker par excellence. Oder wollen wir gar belächeln, daß einstmals ernsthafte Forscher mit Curare die Epilepsie heilen wollten? — Ich meine, Curare wäre noch lange nicht die Eintagsfliege in der Therapeutik gewesen, als welche sich jetzt das von Spangler[8]) und Fackenheim[9]) inaugurierte Crotalin entpuppt zu haben scheint. Oder wollen wir in Epigonenhochmut verdammen, daß Filehne[10]) vor 25 Jahren neben Bromkalium noch das damals als neuer Stern erschienene und mit Begeisterung fast als Allheilmittel verehrte Antipyrin, das Argentum nitricum, gar auch teelöffelweise genommenes Kochsalz und nach Hufelands Vorbild Zinksalze kennt? — Heil ihm, daß er Donaths Chlorkalzium,[11]) Ohlmachers Kalziumsalze[12]) und das von Jödicke[13]) jetzt mit Recht verworfene Borax in diesem Zusammenhange nicht auch noch mit aufführte; sein Buch wäre nur dickleibiger geworden, ohne an Wert zu gewinnen. Oder wollen wir endlich die Nase rümpfen über das Haarseilziehen, das Fontanellenschneiden und die Trepanationsversuche unserer Altvordern? — Nun, was konnte man denn viel verlangen von dem vorantiseptischen Zeitalter, das noch einen pus bonum ac laudabile kannte? — Und — seien wir ehrlich — was leistet denn unsere moderne Chirurgie bei der genuinen Epilepsie und wieviel Radikalheilungen liefert sie da? —

Ein Optimist unter den zeitgenössischen literaturkundigen Jüngern Äskulaps wird mir nun das Cerebrin, das Epilepsieserum, das Epileptol nennen und, wenn das nicht zieht, Atropin und schließlich noch das Heer der modernen organischen Brompräparate, vom Bromipin bis zum Ureabromin, herzählen mit dem Siegesbewußtsein, jetzt den Geist des Verneinens und des Skeptizismus in mir zum Schweigen gebracht zu haben. Nun, mir scheint, auch die Werbetrommel Lions,[14]) der das Cerebrin wieder zu Ehren zu bringen hoffte, indem er es mit Natr. kakodylic. mischte und so ein Spezifikum hergestellt zu haben glaubte, hat nicht vermocht, das eisige Schweigen, das seit 4 Jahren bezüglich des Cerebrins in der medizinischen Literatur herrscht, auf länger zu durchbrechen. Noch vernichtender ist die Kritik etwaiger Nachuntersucher bezüglich Cenis Seruminjektionen. Cum tacent clamant. Über Epileptol sind die Akten noch nicht geschlossen. Die Zunft der Wissenschaftler lehnt es ab, sich mit einem Mittel zu befassen, das als Geheimmittel auf den Markt kommt, vom Erfinder von vornherein in einer gewissen Kampfstellung gegen die Schulmedizin proklamiert wurde und neuerdings durch ein für Laien geschriebenes dickleibiges Buch[15]) weitere Kreise sich zu erobern hofft. Man kann's den Führern der Wissenschaft nicht verargen, und Rosenberg kann di Gasparo[16]) desto dankbarer sein, daß er eine Ausnahme macht und neuerdings öffentlich verkündigt, in der Grazer psychiatrischen Klinik tatsächliche Erfolge mit dem Epileptol gehabt zu haben. Meist sind ja leider die Probesendungen der Fabrikanten für urteilbildende und einwandfreie Versuche zu klein. Ich habe selber solche Epileptolprobesendung angewandt,[17]) aber mindestens die 10fache Dosis hätte ich haben müssen für ein klares Urteil. Aus dem gleichen Grunde kann ich auch über Eleptin (siehe unten) noch kein eigenes Urteil abgeben. Aber die Herren Fabrikanten verlangen dann vielfach Bezahlung ihrer Ware.*) Wie kann man in der praxis cuprea, wie viele

*) Nicht etwa alle! Viele bieten lobenswerter Weise immer wieder an! —



Heil- und Pflegeanstalten sie darstellen, ein Mittel noch monatelang anwenden, das nur 3 Vorzüge hat: 1. teuer, 2. schlecht schmeckend und 3. unbekannt ist. So war's mit dem Epileptol. Doch das nur nebenbei.

Jener oben erwähnte Optimist nötigt mich nunmehr zu einem Zugeständnis, wo er „Atropin“ und „Brompräparate“ mir als Reizwort zuwirft. Vorerst aber möchte ich noch des wohltätigen Einflusses gedenken, den psychische (und moralische) Einwirkung auf die Epilepsie zu haben pflegt. „Haha!“, wird der Einwender sagen, den der alte brave Cicero „quispiam“ zu nennen pflegte, „also doch eine wertvolle Akquisition des 20. Jahrhunderts!“ Mein verehrter Herr Quispiam, nehmen Sie sich an jenem „literaturkundigen“ Optimisten ein Beispiel; der schwieg soeben. Sie werden es auch tun, wenn ich Ihnen nur einen Namen nenne, den ich trotz halbstündigen Epilepsievortrags bislang undankbarerweise noch nicht genannt habe: Moreau. Nun zurück zu Atropin und Brom nebst seinen Derivaten. Atropinum sulfuricum wird anscheinend in Österreich noch viel bei Epileptikern in Anwendung gebracht. In Deutschland glaubt man eingesehen zu haben, daß die Erfolge damit kaum sehr ermutigen. Mir persönlich fehlt jede Erfahrung, doch muß wohl nicht jede Wirkung fehlen, wenn ein Mittel Jahrzehnte lang immer wieder hochkommt. Die Souveränität in der Epileptikerbehandlung aber hat man den Brompräparaten bis jetzt nicht streitig machen können. Ich sage aber absichtlich „Epileptikerbehandlung“, nicht Epilepsiebehandlung. Wird nämlich das Brom wahllos und schematisch bei jedem Epilepsiefall verordnet, so ist sein Wert gleich Null. Keine Krankheit erfordert bezüglich eines Mittels solche Individualisierung, wie die Epilepsie bezüglich des Broms. Wie das bei den Bromsalzen zu geschehen hat, um den größtmöglichsten Einfluß auf die Epilepsie zu gewinnen, lehrt uns m. E. am instruktivsten der Aufsatz von v. Wyss und Ulrich,[18]) den zu zitieren ich gern immer wieder Gelegenheit nehme. Die Medikamentation muß dabei allein in den Händen des Arztes liegen. Ich betrachte es als keine Kulturerrungenschaft, wenn eine weitbekannte Wohltätigkeitsanstalt sich anbietet, jedem Bedürftigen abgeteilte große Bromdosen zu Engrospreisen zu liefern. Es bedurfte vor ca. 10 Jahren meiner ganzen Autorität als Hausarzt, daß ich in einem Epilepsiefall mich nicht durch ein solches Angebot bei Seite schieben ließ. Der achtjährige Knabe, hereditär luetisch, litt an einem Hirngumma, das die ziemlich häufigen, mittelschweren Anfälle hervorrief. Brom mußte symptomatisch gereicht werden, daneben Jodkali. Nach 2jähriger Behandlung, welche die Bromdosen immer verringerte, war der Junge gesund. Ob er das bei wahlloser Bromverabfolgung durch die Eltern auch geworden wäre, erscheint mir zweifelhaft. — Nur einen Vorteil hat diese Laienbehandlung gezeitigt, auf den Cramer[19]) mit Recht hinweist: Wir haben gelernt, daß es möglich ist, bis über 30 g pro die wochenlang zu geben, ohne daß letaler Ausgang eintrat; wenigstens eine für die Toxikologie wertvolle Erfahrung. — Die von Flechsig[20]) inaugurierte Opiumkur, die der Bromkur vorangehen soll, ist heutzutage als ziemlich nutzlos wieder verlassen worden; sie scheint kaum Dauererfolge aufzuweisen. Ziehen[21]) empfiehlt, dem Brom ein Kardiakum (Digitalis, Adonis, Strophantus) hinzuzusetzen, also die Mittel, welche ältere Ärzte bereits allein als Antiepileptika zu verwenden pflegten. — Statt der Bromsalze organische Brompräparate zu verordnen, ist vielfach ganz zweck-

mäßig. Sie haben meist nicht die starke und rasche Wirkung, aber sie bekommen fast durchweg besser, d. h. sie irritieren den Verdauungstraktus meist weniger, erzeugen nicht so leicht Bromismus und werden teilweise von den Kranken auch lieber genommen.

Ich will nicht verfehlen, bei dieser Gelegenheit auf einige neueste Erscheinungen der Literatur hinzuweisen: Sabromin empfehlen Haymann,[22]) v. Rad,[23]) Schepelmann,[24]) Boschi,[25]) Hirschfeld,[26]) Ohl,[27]) Bittner[28]) und Fröhlich;[29]) es hat also weitaus die meisten Anhänger. Bromglidine fand in Halbey[30]) und Altvater[31]) seine Fürsprecher. Cramer (l. c.) sah Epileptiker, die Bromsalze verweigern, das Bromipin vorzüglich als „Lebertran“ schlucken. Pilcz[32]) rühmt am Bromipin den großen Vorzug, daß es keine Bromakne nach sich ziehe. Bromalin wurde von Boehme[33]) gelobt, Castoreumbromid von Dölling.[34]) Bromeigon fand in Ehrke[35]) schon einen etwas lauen Fürsprecher und sonstige Brompräparate sind in der neuesten Literatur überhaupt kaum noch lobend hervorgehoben worden. Nur das uns von Uchtspringe bescherte Ureabromin scheint noch eine größere Zukunft zu haben. Meine eigenen Erfahrungen gestatten mir auch hier wieder kein maßgebliches Urteil, die gesandten Versuchsquanta erwiesen sich wieder einmal als durchaus unzureichend. Hoppe und Fischer[36]) reservieren die Wirkung des Ureabromins vor allen Dingen für all die Fälle, 1. in denen die Ausscheidung bereits darniederliegt, 2. in denen die Herztätigkeit eine verminderte ist, 3. bei den Kranken, bei welchen Verdacht einer Intoxikation entweder vom Darm oder von den Nieren aus vorliegt, 4. bei allen spasmophilen Zuständen.

Von anorganischen Zusammensetzungen scheint Sandows brausendes Bromsalz von einigen Kranken ganz gern genommen zu werden. Mancher Irrenarzt pflegt auch heute noch eine Mischung der 3 bekannten Bromsalze in dem von Erlenmeyer angegebenen Verhältnis vor dem einzelnen Salz den Vorzug zu geben. Die pharmazeutische Industrie hat neuerdings auch sich auf die Komposition von Brom mit Adjuvantien geworfen. Dem entsprang das noch wenig erprobte Episan. Heinrich[37]) sah gute Erfolge vom Spasmosan, einem auf kaltem Wege hergestellten Baldrianinfus, welchem neben Bromnatrium noch Phosphor, Cascara sagrada und Eisen hinzugesetzt ist. Vorschulze[38]) und Kabisch[39]) propagieren das Eleptin, Tabletten, welche neben etwa 30 % Borax, 4 % Cerebrin und 16 % nebensächlicheren Präparaten noch ca. 50 % Bromsalze enthalten. Ohne auf einen Disput einzugehen, ob die Komposition glücklich gewählt ist, möchte ich an dieser Stelle nicht ungerügt lassen, daß bei den Aufsätzen die nötige kasuistische Beweisführung mangelt. Vier Fälle, wie Vorschulze sie wiedergibt, könnte ich auch über Eleptinbehandlung publizieren. Ich habe von der großen Sendung $^9/_{10}$ auf eine, $^1/_{10}$ zusammen auf 3 Kranke verwendet, aber selbst bei der einen und trotz langer Beobachtungszeit mit täglichen Rapporten von gutgeschultem Pflegepersonal glaube ich mir noch kein abschließendes Urteil erlauben zu können. Das vorschnelle Urteil kann dem Fortschritt der Wissenschaft durch die unausbleibliche Reaktion in den Anschauungen ärztlicher Kreise nur schaden. Haben wir denn noch nicht genug am Tuberkulin und am Salvarsan gelernt? —

Die Frage, ob anorganische oder organische Brompräparate in der



Epilepsiebehandlung den Vorzug verdienen, läßt sich nach oben bereits dargelegten Grundsätzen nur individuell entscheiden.

Die Methode nach Toulouse-Richet, welche in der Nahrung Chlor teilweise durch Brom ersetzt sehen will, scheint auch mehr in Mißkredit zu geraten, wofür mir das eisige Schweigen in der Journalliteratur zu sprechen scheint. Nur einzelne Lehrbücher,*) wie das von Peritz[40]) und das von Alexander & Kroner[41]) gedenken noch der Methode, die mich leider veranlaßte, in einem von mir beobachteten Falle auf recht unerwünschte psychische Nebenwirkungen hinzuweisen, so daß ich empfehlen möchte, bei Erwachsenen im allgemeinen nicht mehr als anderthalb Gramm Chlor der Nahrung durch Brom zu ersetzen. [42])

Desto mehr wird neuerdings mit Recht Wert darauf gelegt, die Diät des Epileptikers genau zu regeln und Genußgifte ihm zu verbieten. Zur Ehrenrettung Ben Akibas und der Psychiatrie des neunzehnten Jahrhunderts muß ich aber hier den Altmeister Krafft-Ebing[43]) zitieren, der in der 6. Auflage (die 1.—5. stand mir leider nicht zur Verfügung; vielleicht ist sein Ausspruch noch weiter zurück zu datieren) seines Lehrbuchs schreibt: „Diätetisch sind vom Epilektiker zu meiden: Kaffee, Tee, Alkohol, Rauchen. Eine vorwiegend vegetabilische Nahrung erweist sich häufig als recht nützlich." Unsere Lehrsätze gehen nicht viel weiter. Höchstens würden wir gleich noch hinzusetzen, daß Aufregungen, schwerere körperliche und geistige Anstrengungen, sowie alles andere, was direkt oder indirekt Hyperämie der Kopfhöhle hervorruft, als schädlich für den Epileptiker angesehen werden muß. Wenn man dann außerdem noch die kühlen Bäder nach Voisin, wie sie in Deutschland besonders Ziehen (l. c.) eingeführt hat, mit als auszunutzende Behandlungsmethode aufführt, so ist auch für den Uneingeweihten ersichtlich, daß die moderne, individualisierende vielseitige Behandlung des Epileptikers, wenn sie rationell sein soll, am besten in Spezialanstalten geschieht. Ganz besonders muß dieser Satz unterstrichen werden, wenn es sich noch darum handelt, die Epileptikerbehandlung zu spezialisieren, z. B. nach Jödicke[44]) die Therapie mit Arsen und Eisen zu unterstützen, oder die Chirurgie in ihre Rechte treten zu lassen. Das ist in den großen kommunalen Irrenanstalten alles schwer durchführbar: Deshalb: mehr Epileptikeranstalten in Deutschlands Gauen! — Ich kann nicht umhin, wieder auf ältere Literatur zurückzugreifen: Vor 40 Jahren schrieb bereits Sponholz[45]) in dem dritten Abschnitt seines heute noch recht lesenswerten Aufsatzes, daß eigens für Epileptiker zu errichtende öffentliche Anstalten ein dringendes Bedürfnis seien. Wenn Verfasser auch den Lapsus begeht, die damals erst fünfjährige Anstalt bei Bielefeld wegen ihres konfessionellen Charakters für nicht genügend fundiert zu halten, der höhere Ziele fehlen müßten, so kann man doch seine Ausführungen bezüglich Spezial-Epileptikeranstalten noch heute fast Wort für Wort unterschreiben.

Bei der Behandlung des Status epilepticus half man sich früher sehr richtig mit Aderlaß am Kopf, Eis, Ableitung auf den Darm und dergl., alles zweckmäßige Maßnahmen, die heute noch unterstützenderweise unsere Beachtung verdienen. Als dann die rasch wirkenden Narkotika aufkamen, ist wohl keins aus dem heute so großen Heer

*) Die neue Auflage der Binswangerschen Monographie habe ich leider bis heute noch nicht zu Gesicht bekommen können.



derselben unversucht geblieben. Früher herrschten Amylnitrit, Opium und Morphium; auch Chloroform ist nicht unprobiert geblieben. Nachher hat Chloralhydrat sich jahrzehntelang größter Beliebtheit erfreut, bis es dann in neuester Zeit dem Amylenhydrat, Hyoscin, Dormiol, Veronal usw.*) weichen mußte. Aber noch Gowers,[3]) dieser vorzügliche Epilepsiekenner, empfiehlt Chloralhydrat, „insbesonders mit Brom kombiniert."

Die größte Zukunft hat m. E. in der Epilepsiebehandlung die Chirurgie. Was darüber zu sagen wäre, findet der Leser in meinem Büchlein [46]) über die Therapie der Geisteskrankheiten auf Seite 54 und 55. Die Wiedergabe des dortigen Passus würde den Rahmen dieses Aufsatzes überschreiten. Unaufhaltsam und mit Riesenschritten steigt die Kopfchirurgie zu einer vorher ungeahnten Höhe, auf die innere Medizin und insbesondere Psychiatrie kaum zu folgen vermögen. Bramann, Krause, Kocher usw. sind die Namen, welche die Geschichte der Medizin, diesen Punkt berührend, später nicht wird verschweigen können.

Endlich sei auch noch die Gynäkologie, bezw. Geburtshilfe gestreift. In eine Monographie über Epilepsie, und sei sie auch noch so kurz, wie diese hier, gehört eine Antwort auf die Frage nach Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Wir wissen, daß, so lange dieser ärztliche Eingriff existiert, alle möglichen — fast hätte ich gesagt „und unmöglichen" — Indikationen dafür aufgestellt sind. Auch die junge psychiatrische Wissenschaft mußte nach ihrem Aufblühen im vorigen Jahrhundert es sich gefallen lassen, daß bald diese, bald jene Krankheit man durch artefiziellen Partus praematurus günstig zu beeinflussen suchte. Noch zu Jollys Zeiten kannte man eine Reihe psychiatrischer Krankheitszustände, die einen derartigen Eingriff rechtfertigten. Heute ist von denen fast nur noch der Status epilepticus übrig geblieben, bei dem auch sogar artefizieller Abortus unter Umständen geboten oder wenigstens erlaubt sein kann.

[1]) Eulenburg, Realencyklopädie der gesamten Heilkunde. Wien und Leipzig 1880. —

[2]) Thilenius, Helffts Handbuch der Balneotherapie, 8. Aufl., Berlin, 1874.

[3]) Weiß, Gowers' Epilepsie. 2. Aufl., 1902.

[4]) Niemeyer, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Band II, Berlin, 1868.

[5]) Kunze, Kompendium der praktischen Medizin. 7. Aufl. Stuttgart, 1881.

[6]) Waldenburg und Simon, Handbuch der Arzneiverordnungs-Lehre. 7. Aufl. Berlin, 1870.

[7]) Gerhardt, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 2. Aufl. Tübingen, 1871.

[8]) Spangler, Die Behandlung der Epilepsie durch subkutane Injektionen mit Klapperschlangengift (Crotalin), Med. Record, New York, Nr. 10, 1910. Referat in der Münch. med. Wochenschrift.

[9]) Fackenheim, Neue Wege zur Heilung der Epilepsie. Münch. med. Wochenschrift, Nr. 35, 1911.

[10]) Filehne, Cloettas Lehrbuch der Arzneimittellehre. 4. Aufl. Freiburg, 1887.

[11]) Donath, Der Wert des Chlorkalziums in der Behandlung der Epilepsie. Pester med.-chirurg. Presse, Nr. 37 und 38, 1909.

[12]) Ohlmacher, Calcium-Salts in the Treatment of Epilepsie with Report of the first case, The Journal of the American. Med. Assoc., Vol. LIII, Nr. 7, 1909.

[13]) Jödicke, Über die Behandlung der Epilepsie mit Borax. Medizinische Klinik, Nr. 52, 1911.

*) Anmerhung bei der Korrehtur: Mittlerweile ist auch Luminal noch in die Reihe dieses Präparate getreten (s. Hauptmann, Münch. med. Woch., Nr. 35, 1912).



[14]) Lion, Über Arsencerebrin, ein spezifisches Heilmittel der Epilepsie. Berliner inische Wochenschrift, Nr. 31, 1911.

[15]) Rosenberg, Neue Behandlungsweise der Epilepsie. Berlin, 1912.

[16]) di Gasparo, Referat über den gegenwärtigen Stand der Epilepsietherapie, Mitteilungen des Vereins der Ärzte in Steiermark, Nr. 1, 1911.

[17]) Becker, Einige Versuche mit Rosenberg'schem Epileptol. Reichsmedizinalanzeiger, Nr. 18, 1909.

[18]) v. Wyß und Ulrich, Die Bromtherapie der Epilepsie auf experimenteller Grundlage. Archiv für Psychiatrie, Band 46, Heft 1, 1909.

[19]) Cramer in Binswanger-Siemerlings Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. Jena, 1907.

[20]) Flechsig, Über eine neue Behandlungsmethode der Epilepsie. Neurologisches Zentralblatt, Nr. 7, 1893.

[21]) Ziehen, Psychiatrie. 4. Aufl. Leipzig, 1911.

[22]) Haymann, Neuere Brompräparate in der Epilepsiebehandlung. Medizinische Klinik, Nr. 50, 1908.

[23]) v. Rad, Sabromin. Münch. med. Wochenschrift, Nr. 29, 1909.

[24]) Schepelmann, Über Brompräparate und Sabromin. Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 50, 1909.

[25]) Boschi, Sabromin. Gazz. d. osped., Nr. 46, 1909.

[26]) Hirschfeld, Erfahrungen über Sabromin, Therapie der Gegenwart, Juni 1909.

[27]) Ohl, Über Sabromin. Inaug.-Diss. Leipzig, 1909.

[28]) Bittner, Erfahrungen mit Sabromin. Prager med. Wochenschrift, Nr. 21, 1910.

[29]) Fröhlich, Über ambulante Epilepsiebehandlung mit besonderer Berücksichtigung des Sabromins. Therapie der Gegenwart, Februar 1910.

[30]) Halbey, Behandlung der Epilepsie mit Bromglidine. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, Nr. 35, 1909/10.

[31]) Altvater, Über klinische Versuche und Erfahrungen mit Bromglidine. Münchener med. Wochenschrift, Nr. 36, 1909.

[32]) Pilcz in Fellners Therapie der Wiener Spezialärzte. 2. Aufl. Berlin und Wien, 1912.

[33]) Boehme, Beitrag zur medikamentösen Behandlung der Epilepsie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Heft 2, 1907.

[34]) Dölling, Castoreumbromid, Cascoferrin, Xerosin. Ärztlicher Zentralanzeiger 1910.

[35]) Ehrke, Über Bromeigon und Peptobromeigon in der Behandlung der Epilepsie. Psychiatr.-Neurologische Wochenschrift, Nr. 44, 1905.

[36]) Fischer und Hoppe, Über Bromkalzium-Harnstoff (Ureabromin). Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 41, 1911.

[37]) Heinrichs Aufsatz in der Epilepsie, II, Nr. 3, 1911. Referat in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Nr. 1, 1912.

[38]) Vorschulze, Epilepsie und Eleptin. Allgemeine medizin. Zentralzeitung, Nr. 39, 1911.

[39]) Kabisch, Erfahrungen mit Eleptin in der Praxis. Moderne Medizin, Nr. 9, 1911.

[40]) Peritz, Die Nervenkrankheiten des Kindesalters. Berlin, 1912.

[41]) Alexander und Kroner, Therapeutisches Taschenbuch der Nervenkrankheiten. Berlin, 1910.

[42]) Becker, Eine ungewöhnlich starke Reaktion auf Anwendung der Methode nach Toulouse-Richet bei einem alten Epilepsiefall. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band LXVIII, Heft 2, 1911.

[43]) Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 6. Aufl. Stuttgart, 1897.

[44]) Jödicke, Über kombinierte Eisen-Arsen-Bromtherapie bei Epilepsie, Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Nr. 35, 1910.

[45]) Sponholz, Aphorismen zur Epilepsie nach Pathogenese, Therapie und öffentlicher Fürsorge, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band XXVIII, Heft 4 und 5, 1872.

[46]) Becker, Therapie der Geisteskrankheiten, Leipzig, 1911.



Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie u. path. Anatomie.

Laquer und Verzar (Halle a. S.), Über die spezifische Wirkung der Kohlensäure auf das Atemzentrum. (Pflügers Archiv für d. ges. Physiologie CXLIII, 1911, S. 395.)

1. Das Atemzentrum wird durch Kohlensäure und ebenso auch durch andere Säuren (Salzsäure, Essigsäure) erregt. Hierin bestätigen unsere Versuche nur die von Winterstein.

2. Die gemeinsame Ursache bei der Wirkung auf das Atemzentrum ist aber nicht das H-Ion, wie Winterstein angibt, sondern, falls diese verschiedenen Substanzen überhaupt eine gemeinsame Ursache haben, ist dieselbe darin zu suchen, daß CO_2, H_2CO_3 bezw. HCO_3 in einer die Norm überschreitender. Menge in den Geweben freigemacht wird.

3. Die Kohlensäure hat jedenfalls auf das Atemzentrum eine spezifisch erregende Wirkung, die sie auch bei neutraler, ja selbst ganz schwarz alkalischer Reaktion auszuüben vermag.

4. Es wird auch bei der Essigsäure ein spezifischer Faktor in den Azetionen nachgewiesen, der neben den möglicherweise wirksamen H-Ionen bei der Erregung des Atemzentrums in Betracht kommt.

K. Boas-Straßburg i. E.

Kloeppel (Freiburg i. B.), Vergleichende Untersuchungen über Gebirgsland- und Tieflandschilddrüsen. (Zieglers Beiträge zur path. Anat. IL, 1910, S. 579.)

Verfasser könnte durch vergleichende Untersuchungen an Berliner, Göttinger und Freiburger Schilddrüsenmaterial folgende Beobachtungen machen:

In den Tieflandschilddrüsen sind, wenn auch nicht in so großer Zahl wie in den Gebirgslandschilddrüsen, Knoten vorhanden. Diese Knoten gleichen im mikroskopischen Bau der ersten Stadien wie auch in ihrer Entwicklung den Knoten in den Gebirgsschilddrüsen. Die Knoten der Tieflandschilddrüsen sind durchschnittlich viel kleiner als die Knoten der Gebirgslandschilddrüsen. Zwischen Zysten und Knoten in Gebirgsland- und Tieflandschilddrüsen finden sich verschiedene Übergänge. Die Entwicklung der Knoten nimmt mit dem Alter in Gebirgsland- und Tieflandschilddrüsen zu. Sie findet besonders im 3. und 4. Jahrzehnt statt. Die Knoten der Gebirgsland- und Tieflandschilddrüsen finden sich bei den allerverschiedensten Krankheiten. Entzündliche Veränderungen in den mit Knoten behafteten Schilddrüsen sind in den Tiefland- und in den Gebirgslandschilddrüsen nur sehr selten nachzuweisen. In diesen wenigen Fällen stehen sie jedoch in keinem ursächlichen Zusammenhange mit der Entwicklung der Knoten. Primärer Übergang von Schilddrüsengewebe ist weder in den Tiefland- noch in den Gebirgslandschilddrüsen zu finden, daher kann auch die Knotenbildung nicht als kompensatorische Hypertrophie aufgefaßt werden. Die in den Tiefland- und Gebirgslandschilddrüsen gleichmäßig vorhandenen Knoten und Zysten sind daher als Gewebsmißbildungen bezw. als Geschwülste aufzufassen. Die ungewöhnliche Entwicklung der Knoten in den Gebirgslandschilddrüsen ist also gar keine eigentliche Erkrankung des spezifischen Drüsenparenchyms, sondern nur eine geschwulstartige Wucherung mißbildeter Gewebskeime, die in ähnlicher Weise auch in den Tieflandschilddrüsen angelegt sind. Warum diese Keime in den Gebirgslandschilddrüsen so stark wachsen, entzieht sich vorläufig einer definitiven Beurteilung, doch läßt sich die wichtige Tatsache feststellen, daß die Gebirgslandschilddrüsen den Tieflandschilddrüsen gegenüber eine richtige Hyperplasie aufweisen, so daß man zu der Auffassung gelangt, daß die Entwicklung der Adenomkeime (Struma nodosa), welche sowohl in den Tieflands- wie in den Gebrigslandschilddrüsen angelegt sind, durch die Hyperplasie der Gesamtschilddrüse verschieden begünstigt wird. Die Persistenz der Adenomknoten (Struma nodosa) bei hoch-



betagten Individuen im Gegensatz zur Atrophie des spezifischen Schilddrüsengewebes weist darauf hin, daß die Knotenbildung mit der Schilddrüsenfunktion direkt nichts zu tun hat. Das Studium ihrer formalen und kausalen Genese gehört in das Kapitel der Geschwulstmißbildungen. Für die Lehre vom endemischen Kropf muß die ätiologische Erforschung der Entstehung der echten Schilddrüsenhypertrophie (Struma diffusa) als wichtigste Forderung gestellt werden. In der Tat scheint es sich bei den durch Wilms und Bircher von neuem aufgenommenen Trinkwasserversuchen in erster Linie um die Erzeugung einer Struma diffusa zu handeln. Enthält aber die Schilddrüse wie bei den Ratten reichlich Adenomkeime, so zeigen auch diese, wahrscheinlich infolge der allgemein erhöhten nutritiven Reizung des Schilddrüsengewebes, ein erhöhtes Wachstum, so daß ganz gleiche Bilder entstehen, wie Verfasser sie für die Gebirgslandschilddrüsen als charakteristisch gegenüber den Tieflandschilddrüsen gefunden hat, nämlich Vergrößerung der Gesamtschilddrüse und der darin enthaltenen Adenomknoten, welch letztere der Anlage nach auch in den Tieflandschilddrüsen reichlich vorhanden sind, aber nicht in gleicher Stärke zur Entwicklung gelangen. K. Boas-Straßburg i. E.

Kleinschmidt, Hans, Die biologische Differenzierung der Milcheiweißkörper. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde Bd. 10, Nr. 8, S. 402.)

Die mittels Präzipitation und Komplementbindung gewonnenen Resultate lauten:

1. Im anaphylaktischen Versuche lassen sich die Eiweißkörper der Kuhmilch, Kasein, Albumin und Globulin voneinander differenzieren.
2. Albumin und Kuhmilch und Rinderserum scheinen identisch zu sein; Globulin aus Kuhmilch und Rinderserum scheinen identisch zu sein.
3. Kasein nimmt eine Sonderstellung gegenüber den übrigen Milch- und Bluteiweißkörpern der gleichen Art ein, wenn auch eine absolute Differenzierung unmöglich ist. Globulin steht dem Kasein näher als Albumin.
4. Kasein besitzt Artspezifität.
5. Die Trennungsmöglichkeit von Kuhmilch und Blutserum beruht auf dem Reichtum der Milch an Kasein bei geringem Gehalt an Molkeneiweißkörpern. Sie hört auf, sobald der Gehalt an Molkenproteinen ein gewisses Maß erreicht. K. Boas-Straßburg i. E.

Bakteriologie und Serologie.

Radziejewski, A., Über kutane Tuberkulinreaktion. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2, S. 520.)

Die Schlußsätze des Verfassers lauten:

1. Die von v. Pirquet angegebene Kutanreaktion ist für Tuberkulose spezifisch.
2. Im Säuglingsalter gibt es keine inaktiven Formen der Tuberkulose und die aktiven führen größtenteils zum Tode.
3. Im Säuglingsalter gibt deshalb die positive Reaktion eine ziemlich ungünstige Prognose.
4. Auch im späteren kindlichen Alter ist die Kutanreaktion ein wertvolles diagnostisches Unterstützungsmittel.
5. Der negative Ausfall der Reaktion bei klinisch manifester Tuberkulose weist im allgemeinen auf einen schlechten Ausgang der Erkrankung hin.
6. Der negative Ausfall der Reaktion ist, sofern man von kachektischen Kranken und solchen mit miliarer Tuberkulose und Meningitis absieht, beweisend für die Abwesenheit der tuberkulösen Infektion.
7. Die Häufigkeit der Tuberkulose nach dem Ergebnisse der Sektion und dem Ausfall der Reaktion steigt mit dem zunehmenden Alter unter dem städtischen Proletariat bis auf nahe an 100 % am Ende des Kindesalters. K. Boas-Straßburg i. E.



Witzinger, O., Zur anaphylaktischen Analyse der Serumkrankheit nebst Untersuchungen über die Zuteilung gewisser Infekte zu den spezifischen Reaktionskrankheiten. (Zeitschr. f. Kinderheilkunde Bd. 3, H. 3, S. 211.)

Das Ergebnis der Untersuchungen ist:

1. Im anaphylaktischen Chok des Hundes beobachtete Blutdrucksenkung ist bei der Serumkrankheit des Menschen nicht nachzuweisen.

2. Die Beobachtung der Gerinnungszeit ergibt eine Verkürzung während der primären Serumkrankheit, eine Verlängerung bei der sofortigen Reaktion. Die Verlängerung und Verkürzung werden als Folgen eines prinzipiell gleichen Prozesses aufgefaßt; erstere wird durch das Vorhandensein geringerer, letztere durch das Vorhandensein größerer Anaphylatoxinmengen hervorgerufen.

3. Die Untersuchung der Gerinnungszeit bei Masern und Scharlach ergibt Befunde, die die Zugehörigkeit der ersteren zu den spezifischen Reaktionskrankheiten zu bestätigen scheinen. Die Zugehörigkeit des Scharlachs zu den spezifischen Reaktionskrankheiten läßt sich auf Grund der Befunde nicht ausschließen. K. Boas-Straßburg i. E.

Innere Medizin.

Biber (Zürich), Über Hämorrhagien und Gefäßveränderungen bei tuberkulöser Meningitis. (Frankfurter Zeitschr. f. Path. VI, 1911, S. 262.)

I. Bei der tuberkulösen Meningitis kommen fast regelmäßig schwere Veränderungen der Hirnsubstanz vor und zwar:

1. Tuberkulöse Entzündung der Rinde, welche in überwiegender Mehrzahl durch kontinuierliche Fortleitung von den tuberkulös erkrankten weichen Häuten entsteht.

2. Blutungen. Dieselben sind in den von der erkrankten Pia und Arachnoida in ihrer Ernährung abhängigen Gebieten in wechselndem Maße zu finden. Der Typus dieser Blutungen, die in Rinde und Marksubstanz vorkommen, ist an beiden Stellen die Ringblutung mit ihrem charakteristischen Bau, der auch bei anderen hämorrhagischen, multiplen Gehirnveränderungen genuiner und sekundärer Art beschrieben worden ist. Enzephalomalazische Veränderungen kamen nicht vor.

II. Bei der tuberkulösen Meningitis sind regelmäßig schwere Veränderungen an den Blutgefäßen, hauptsächlich an den mittleren und kleinen Arterien, vorhanden. Dieselben betreffen alle Wandschichten.

1. An der Adventitia eine diffuse, kleinzellige, entzündliche Infiltration, die sich mit spezifischer Tuberkelbildung kombinieren und das perivasale Lymphgefäß mit in ihren Bereich ziehen kann.

2. An der Media selten eine starke entzündliche Infiltration, meist aber fleck- und herdweise auftretende Nekrosen. Gewöhnlich entspricht einer Medianekrose eine adventitielle Knötchenbildung im gleichen Gefäßsektor. Einmal konnten in Adventitia und Media ungewöhnlich große Mengen von Tuberkelbazillen in herdförmiger Anordnung gefunden werden.

3. An der Intima die Bildung von subendothelialen Zellschichten, deren Buckel- und Leistenformen ebenfalls von adventitiellen Tuberkeln abhängig sind. Diese Wucherung kann zur totalen Obliteration kleiner arterieller Gefäße führen. Ihre Zellen entstammen zur Hauptsache der intimalen streifigen Bindesubstanz, während das Endothel darüber intakt ist. Diese Zellen bilden ein Granulationsgewebe, dessen endgültiges Schicksal einerseits bindegewebige Veränderung, andererseits Nekrose sein kann. Tuberkelbazillen und echte Langhanssche Riesenzellen, sowie Knötchenbildung kommen darin nicht vor.

4. Starke und gleichmäßige Beteiligung aller Schichten führt zu einer Panarteriitis, deren Folge Elastikarupturen und Gefäßläsionen mit Hämorrhagien ins umliegende Gewebe sind.

5. Auch zirkumskripte, stärker ausgebildete adventitielle Herde können zu isolierten und partiellen Nekrosen der Media Anlaß geben, an welche



sich unter Einwirkung des Blutdrucks eine intravitale Zerreißung der Elastica interna anschließt.

6. Die Venen sind im Zustand einer kleinzelligen diffusen Entzündung. Da, wo ein Tuberkel ihre Wand durchsetzt, kann es zu ausgedehnter vitaler Thrombenbildung kommen. K. Boas-Straßburg i. E.

Fotheringham, Pneumonia. (The americ. journ. of the medical sciences 1912, H. 5.)

Recht interessant ist was Verfasser über die Behandlung sagt. Es gibt 4 Anschauungen: 1. die exspektative, die nur eingreift, wenn die Natur nicht mehr fertig wird. 2. Die entgegengesetzte, die durch möglichst frühes Eingreifen wesentliche Beeinflussung bezw. Linderung erhofft. 3. Die spezifische, die nach Schema F in allen Fällen arbeitet und 4. die nihilistische, die alles der Natur überläßt. Allein taugen alle 4 nichts. Die Indikationen sind am besten gegeben, wenn man in fatalen Fällen die Ursache des Exitus betrachtet: nämlich Toxämie, Herzschwäche, irgend eine Komplikation. Hierzu kommt noch als viertes die Begrenzung der Läsion in der Lunge. Darnach hat sich die Therapie zu richten. Toxämie. Das alte heroische Mittel des Aderlasses mildert die Toxämie, indem es die Lungenläsion hauptsächlich dadurch begrenzt, daß es das Blut weniger fibrös machte. Moderner ist freie und frühe Katharsis, am besten mit Kalomel, Salinis oder Jalape, und freie Diurese (reichlich Wasser, Salina, Zitrate, Kalomel), endlich Diaphorese (heiße Packungen, Senffußbäder).

Nachlaß des Herzens. Ursachen meist Toxämie und Fieber. Gefürchtet ist Tympanie, deshalb Achtung auf Nahrung. Ein Übermaß von Kohlehydraten und Milch, namentlich wenn Patient durch Salina Flatulenz aufweist, muß vermieden werden. Auch konstante Schmerzen, Unruhe und Delirium können zu Nachlaß der Herzkraft führen; Paraldehyd, Ammonium- oder Natriumbromid per Rektum, event. Morphium. Strychnin ist zu geben bevor Herzschwäche droht, ist außer Herzstimulans ein gutes allgemeines Tonikum, hält das Respirationszentrum wach und verhindert Tympanie.

Digitalis: verlangt einen gesunden, durch die Krankheit nicht veränderten Herzmuskel, deshalb gefährlich bei Krankheiten, die schon lange dauern, wie Scharlach, Septikämie, Typhus. Dies ist aber bei einer 8 bis 10 tägigen Pneumonie selten der Fall, deshalb wenn nötig, ruhig anzuwenden, event. bei schlechtem Magen subkutan.

Oxygen: wertvoller bei Bronchopneumonie und kapillärer Bronchitis als bei richtiger Pneumonie, Herzstimulans und wahrscheinlich Minderung der Toxämie.

Alkohol ist indiziert, wenn 2 oder mehr der folgenden Indikationen vorliegen: 1. Trockene, braune Zunge, 2. ausgesprochenes Delirium, namentlich bei Phantasieren, 3. rapid zunehmender Herzschlag, hohe Temperaturen. Wenn nach 24 stündiger energischer Anwendung keine Besserung, allmähliche Entziehung und Substitution von Kampferöl oder Koffein.

Opiate. Grundsätze: 1. Sogar kleine Dosen sind bei schwacher Lebenskraft gefährlich. 2. Nicht indiziert bei Bronchitis, Ödem oder einem anderen abnormen Zustand von nicht konsolidierten Lungenteilen. 3. Zu meiden bei ausgesprochener Zyanose, namentlich mit Blässe und Schweiß, und bei Tympanie.

Indiziert bei starken Schmerzen, ausgesprochener Schlaf- und Ruhelosigkeit, und drohender Herzschwäche (dann in sehr kleinen Dosen). Sonst Breiumschläge, Eisblase, Blutegel, Morphium (Achtung auf Darm, event. Purgative).

Komplikationen: Jede Abweichung vom Standardtyp (39° Temperatur, weniger wie 120 Puls, wie 40 Atmung) ist sorgfältig zu überwachen. Das Fieber kann mit frischer Luft, Eisblase oder kalten Schwämmen bei Erwachsenen, heißen Packungen bei Kindern genügend kontrolliert werden. Vermeidung von Antipyretizis (Herz!). Chinin gehört nicht dazu, kann aber Nausea verursachen. Andere Komplikationen, wie Perikarditis, Meningitis usw. erfordern Spezialbehandlung, die außer den Rahmen dieses fallen.

Wichtig Rekonvaleszenz, genügend lange Bettruhe, namentlich im Alter, zur Wiedererstarkung des Herzens und zur Vermeidung eines Pyothorax namentlich nach extensiver Pleuritis. v. Schnizer-Höxter.

Grönberg, J. (Wiborg), Der breite Bandwurm und die Magensaftsekretion. (St. Petersburger med. Zeitschr. 1912, Nr. 12.)

1. Anazidität kommt bei Patienten mit und ohne Botriozephalos latus ungefähr gleich häufig vor (26,6% und 27,8%),
2. Superazidität ist in beiden Gruppen ungefähr ebenso gewöhnlich (20,4% und 19,7%),
3. Die Mittelzahl für die freie Salzsäuse ist in beiden Gruppen beinahe gleich groß (20,9% und 22,4%),
4. Die Mittelzahl für die Totalazidität ist ungefähr dieselbe (43,3% und 43,1%).

Bei den Patienten, deren Sekretionsverhältnisse vor und nach der Bandwurmkur fand Verfasser:

1. daß die freie Salzsäure vor und nach der Kur ungefähr gleich groß war (21,3 und 20,8%),
2. daß auch die Totalazidität vor und nach der Kur beinahe gleich groß war (41,3 und 43,5%).

Diese in verschiedener Form und an verschiedenem Patientenmaterial vorgenommenen Untersuchungen zeigen also so große Übereinstimmung untereinander, daß man aus denselben den Schluß ziehen kann, daß der breite Bandwurm keine besondere Einwirkung auf die Magensaftsekretion ausübt.
K. Boas-Sraßburg i. E.

Chirurgie und Orthopädie.

Koplik (New-York), Infections Following tonsillotomy with a consideration of the forms of such infections. (The american journ. of the medic. sciences 1912, H. 1.)

Auf die chirurgische Entfernung der Mandeln können 3 bestimmte Formen von Sepsis folgen: 1. Ein obskures Fieber eine Woche lang oder mehr ohne Endokarditis oder andere Läsionen zu verursachen. Ziemlich häufig. 2. Unter Temperaturanstieg Manifestationen einer milden infektiösen oder einer malignen Endokarditis mit fatalem Ausgang (selten). 3. Sepsis schwerer hämatogener Infektion mit destruktiven Blutveränderungen, mit profusen, hämorrhagischen, ekchymotischen Zonen auf der Haut, Petechien, ernsten Hämorrhagien der Eingeweide und bronchopneumonischen Erscheinungen. v. Schnizer-Höxter.

Fetterolf, The anatomy and relations of the tonsil in the hardened body, with special reference to the proper conception of the plica triangularis. The principles and practice of tonsil enucleation as based thereon. (The american journal of the medical sciences 1912, H. 1.)

Den Praktiker interessiert hauptsächlich der 2. Teil. 1. Alles erkrankte, möglicherweise kranke oder eventuell so werdende Gewebe ist ohne das Leben des Patienten dabei zu gefährden, zu entfernen. Dies letztere gilt namentlich für Tbc und malign Erkrankte. 2. Extrakapsulare Enukleation, denn nur mit der Kapsel ist alles kranke Mandelgewebe zu entfernen. 3. Das Operationsgebiet liegt demnach zwischen Kapsel und Wand des Mandelrezessus; und darf unter keinen Umständen verlassen werden; deshalb möglichst stumpfe Instrumente. 4. Am schwierigsten ist der obere Lappen zu entfernen. 5. Um sich durch Blutung das Gebiet nicht zu verdunkeln, im ersten Stadium der Operation möglichst vorsichtig. 6. Vermeidung einer Beschädigung der Rezessuswand, weil einmal aus dem dort liegenden tonsillaren Venenplexus meist eine sehr ernste Blutung entstehen kann, dann kann die Beschädigung der Gaumenmuskulatur durch Narbenbildung zu Stimmveränderungen führen. Namentlich kommt hier Beschädigung des Palatopharyngeus in Betracht. 7. Vermeidung der Beschädigung von den Rezessus



begrenzenden Muskeln, deshalb Lösung der Mandel parallel den Muskelfasern. Die Fasern des oberen Konstriktors laufen horizontal, die des Palatopharyngeus vertikal, also oben horizontale unten vertikale Bewegungen. 8. Die gefährlichste Stelle ist die hintere Wand des Mandelrezessus, da dort die größte Vene des Tonsillarplexus und bei Verletzung des Palatopharyngeus und des oberen Konstriktors der Pharyngealvenenplexus verletzt werden kann. 9. Eintritt der Hauptgefäße an der Basis, deshalb Durchtrennung des Stumpfes am besten mit einer Schlinge. 10. Möglichkeit der Hämophilie immer ins Auge fassen; ist Anamnese darauf suspekt, besser nicht operieren. Eventuell Bestimmung der Gerinnungszeit des Blutes, Calcium-Thyreoidea-präparate verabreichen. Operation noch ratsam, wenn Gerinnungszeit fünf Minuten und weniger. 11. Ernste postoperative Blutung hat gewöhnlich 3 Ursachen: 1. Schädigung des Tonsillar- oder Pharyngealplexus (deshalb kein scharfes Instrument. 2. Zurücklassen eines Stückes Mandelgewebe und 3. Nichtmitentfernung der Kapsel. Die letzteren beiden Punkte verhindert man indem man den Mandelrezessus offen hält und seine Kollabierung verhindert. Nach Entfernung der Kapsel können sich die Blutgefäße im weichen Muskelgewebe leicht kon- und retrahieren. 12. Die sicherste und wirkungsvollste Methode ist demnach durch Vermeidung aller scharfen Instrumente gewährleistet. v. Schnizer-Höxter.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Labhardt, Alfred, Beiräge zur Genital- und Peritonealtuberkulose. Eine klinische Studie an Hand von 100 Fällen. (Aus dem Frauenspit. Basel-Stadt.) (Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. 1912, 70. Bd., H. 2.)

Das aus den Jahren 1908—1910 inkl. stammende Material ist deshalb besonders wertvoll, weil L. von sämtlichen überlebenden Frauen mit einer einzigen Ausnahme das weitere Schicksal hat in Erfahrung bringen können. An der Richtigkeit der Diagnose der konservativ behandelten Fälle sind Zweifel so gut wie ausgeschlossen. 46 mal waren die Adnexe allein tuberkulös erkrankt, 26 mal Adnexe und Peritoneum, 27 mal nur das Peritoneum, 1 mal nur die Scheide. 10 mal fand sich bei Tubentuberkulose auch der Uterus erkrankt. Es ist also die Uteruserkrankung ein fortgeschrittenes Stadium einer deszendierenden Infektion. 6 von diesen Fällen kamen zum Exitus, 3 mit supravaginaler Amputation resp. tiefer Keilexzision aus den Fundalwinkeln heilten. Es scheint sich diese Operation bei einigermaßen stärkerer tuberkulöser Erkrankung der Tuben prinzipiell zu empfehlen. Mitunter waren auf aszendierendem Wege die Ovarien mit erkrankt. — 53 % der Frauen mit Genital- und Peritonealtuberkulose standen im 3. Dezennium. — Wenn auch die definitive Beantwortung der Frage, ob die Genital-Peritonealtuberkulose primär oder sekundär ist, noch aussteht, so scheint doch das sicher zu sein, daß die primäre isolierte Genitaltuberkulose zu den Seltenheiten gehört. Der hämatogene Weg der Infektion der Tuben usw. etwa von einem Lungenherd sei noch nicht exakt bewiesen, es fehlten die Bindeglieder; warum komme es nicht stets zu einer Miliartuberkulose? Vielleicht spiele die Hypoplasie der Tuben eine Rolle; hypoplastische Tuben fand L. relativ oft unter den tuberkulösen, in $^1/_5$ der Fälle. Auch spiele vielleicht die schwankende Blutversorgung der Tuben eine Rolle. Die Peritonealtuberkulose sei vielleicht eine Ausscheidungstuberkulose, wie die Pleuritis. — Die P r o g n o s e der Adnex-Peritonealtuberkulose sei um so besser, je weniger an anderen Organen im Momente der Unterleibserkrankung positive Befunde zu erheben sind. — Die S y m p t o m e der Genitaltuberkulose bieten im ganzen wenig charakteristisches. Fast stets sind S c h m e r z e n vorhanden, beiderseits, da die Erkrankung meist beiderseits ist, sie sind oft krampfartig. Auch bei der Peritonealtuberkulose fehlen Schmerzen fast nie, sie sind aber weniger exakt lokalisiert. Oft sind peritoneale Symptome vorhanden. F i e b e r ist v o n ü b l e r p r o g n o s t i s c h e r B e d e u t u n g, von den Fiebernden starben etwa 50 %, von den nicht Fiebernden nur 20 %.



Hoher Puls scheint ein Merkmal der Beteiligung des Bauchfells zu sein. Die Menstruation ist teils verstärkt, teils fehlt sie; letzteres besonders bei Hypoplasie. — Tritt bei einer tuberkulösen Patientin zur Zeit der Gravidität eine Erkrankung des Peritoneums hinzu, dann ist die Prognose sehr ungünstig. — Die Diagnose ist exakt eigentlich nur durch das Mikroskop in Verbindung mit den klinischen Daten zu stellen. In praxi gibt eine Zusammenfassung aller klinischen Symptome und eine längere klinische Beobachtung den Ausschlag. Sämtliche Tuberkulinreaktionen haben versagt. Die meist doppelseitigen tuberkulösen Adnextumoren sind relativ hart im Vergleich zu andersartigen Adnexentzündungen. Lokalisierte Exsudate sind auffallend „kantig". — Die Therapie der reinen Peritonealtuberkulose war in Basel teils konservativ, teils operativ. Konservativ wurden behandelt die von vornherein schlechten Fälle und diejenigen, die eine baldige Besserung zeigten. Bei reichlichem nicht abnehmenden Aszites Laparotomie, doch Vorsicht bei Fieber. Vielleicht sei hier die Kampferöltherapie von Nutzen. Bei der Adnextuberkulose wurden auch gerade die leichtesten und die schwersten konservativ behandelt, besonders die fiebernden. Operiert wurden die Fälle mit intensiveren Beschwerden, die sich auf konservative Behandlung hin nicht besserten. Die konservative Behandlung bestand aus Bettruhe, Diät, Schwitzkasten, Punktion von zum Durchbruch kommenden Eiterungen. Die meisten Fälle kamen zur Operation, wobei als Prinzip galt, möglichst alles Krankhafte zu entfernen, mit Erhaltung von etwas Ovarialgewebe. Die primäre Mortalität betrug bei 31 reinen Adnexfällen 13 %, bei 16 Adnex- und Peritonealfällen 31 %. Mit einer Ausnahme hatten alle diese Fälle vorher gefiebert! Der Wundverlauf war vielfach kein glatter wegen der oft nötig gewesenen Darmresektionen. Im ganzen betrug bei 47 operierten Fällen der primäre oder spätere Operationstod 26 %, 74 % wurden geheilt entlassen. Was das spätere Schicksal anlangt, so konnte L. von 62 noch Lebenden zuverlässige Nachrichten erhalten. Im ganzen war das Resultat von allen 98 in Betracht kommenden Fällen das, daß von den 57 operierten Frauen 71 % am Leben waren, von den 41 konservativ behandelten nur 55 %. Hauptaufgabe sei die Besserung der primären Operationsmortalität (Kampferöl?, frühzeitiges Zurbehandlungkommen, vor Eintreten von Mischinfektion). Von den 62 lebend gebliebenen Frauen waren 5 arbeitsunfähig (Fisteln), 2 von den operierten, 3 von den nicht operierten. R. Klien-Leipzig.

Dalché, Paul, Quelques Accidents généraux de la Vie de la Femme, leurs Rapports avec les Dystrophies polyglandulaires. (Gaz. des Hôp. 1912, p. 689.)

In einem interessanten Artikel sucht D. den Nachweis zu führen, daß eine ganze Anzahl körperlicher Störungen beim Weibe unter Umständen mit Störungen, besonders Unterfunktion einer oder mehrerer Drüsen mit innerer Sekretion zusammenhängen. Den Nachweis führt er ex juvantibus, insofern als es ihm gelungen ist, jene Beschwerden durch Opotherapie günstig zu beeinflussen. Wenn auch dem Ovarium die Hauptrolle zuzufallen scheine, so seien des öfteren auch die Schilddrüse, die Nebennieren, die Hypophysis beteiligt.

Besonders eingehend beschäftigt sich D. mit dem auf „Dysovarie" beruhenden Kopfschmerz. Er unterscheidet drei Arten solcher Kopfschmerzen. Die erste Art tritt nur zur Zeit der Menses auf, geht entweder mit Blutandrang zum Kopfe, Unruhe einher, oder mit Depression. Blässe. Klinisch tritt dieser Kopfschmerz auf als gewöhnliche Migräne, als Kopfschmerz verbunden mit gastrointestinalen Störungen, oder mit Lebersymptomen, mit Nierenstörungen, mit Gesichtsneuralgien, endlich mit verschiedenen anderen Begleiterscheinungen. Diese Kopfschmerzen können bei solchen Frauen auch durch andere Momente als durch die Menses ausgelöst werden. Die zweite Form ist die permanente, mit Paroxysmen zur Zeit der Menses. Sie tritt besonders in der Menopause, aber auch bei jungen Frauen auf. Oft leiden diese letzteren nebenbei an kalten Füßen und anderen Zeichen schlechter peripherer Zirkulation. Auch diese Form



kann durch andere Gelegenheitsursachen bis zur Unerträglichkeit exazerbieren, so beim Aufenthalt in heißen Sälen, im Theater. Häufig besteht gleichzeitig Obstipation, abnorme Pigmentierung, so daß D. in solchen Fällen neben der Dysovarie eine Insuffizienz der Nebennieren und der Schilddrüse annimmt. Es scheine sogar diese polyglanduläre Insuffizienz beim kontinuierlichen Kopfschmerz bei weitem häufiger zu sein, als die reine Ovarialinsuffizienz. Als dritte Art von Kopfschmerzen hat D. solche mit schwersten Paroxysmen und gleichzeitigen Schmerzen in allen möglichen anderen Körperteilen anfallweise beobachtet, hauptsächlich in der Menopause, besonders aber nach Kastration, dann vorzugsweise zur Zeit der ausbleibenden Menses, aber auch gelegentlich bei menstruierenden Frauen. Solche Fälle sollen manchmal an Meningitis, ja an Hirntumoren denken lassen. — Mitunter findet sich bei den genannten Arten von Kopfschmerz ein erhöhter Blutdruck, was an Störungen in der Hypophysisfunktion denken lasse (Cephalée hypophyso-génitale). — Therapeutisch erwies sich neben einer passenden, vorzugsweise vegetarischen Diät (mit Ausschluß von Milch) die Organotherapie recht oft von Nutzen. Es wurden Ovarial-, Thyreoid- und Hypophysispräparate, jedes allein oder kombiniert gereicht. Auch Blutentziehungen vor der Periode, besonders in Form von Blutegeln hinter den Ohren, bewährten sich gut. — In manchen Fällen von Kopfschmerzen während der Pubertät, einhergehend mit erhöhtem Blutdruck und Tachykardie hatte D. mit Joddarreichung sehr gute Erfolge. Auch Nitrite wurden dabei mit Erfolg verwendet. — D. bespricht dann in ganz analoger Weise eine Reihe von anderen Symptomgruppen. Er hat Schwindel- und Ohnmachtsanfälle mit Ovarialtabletten gebessert bezw. geheilt, ferner Fälle von (unechter) Angina pectoris, besonders in der Menopause. Ein solcher Fall war kombiniert mit „Angor abdominalis Teissier". Es sei in solchen Fällen nicht unmöglich, daß ein Teil der Symptome auf einer vikariierenden Hyperfunktion der Nebennieren beruhe, so die vorübergehenden Ödeme der Lungen und der Därme. — Ferner zählt D. Fälle von Tetanie, von Akroparästhesie (in Verbindung mit Amenorrhoe, Fettleibigkeit, Pseudomyxödem), von Paralysis agitans, Parkinsonscher und Raynaudscher Krankheit (Akrozyanose, Sklerodermie), von Fettleibigkeit, lokaler und allgemeiner, Lipomatosis, Dercumscher Krankheit, endlich von anscheinend rheumatischen Gelenkaffektionen, Diabetes, gewissen Ekzemen auf, die einer Organtherapie zugänglich waren. — Selbstverständlich sind das alles nur anregende Mitteilungen, denen man jedoch Aufmerksamkeit schenken sollte.

R. Klien-Leipzig.

Goffe, J., Riddle, The Treatment of Prolapsus of the Uterus with Attendant Cystocele and Rectocele. (New-York Med. J. 1912, p. 1021.)

Alle Baucheingeweide werden durch Aufhängebänder, nicht aber durch Unterstützung von unten in ihrer Lage erhalten. Warum, so fragt G., soll der Uterus eine Ausnahme von diesem Gesetz machen? Kein Organ habe so viele Bänder wie gerade der Uterus, sie seien es, die denselben in seiner Lage erhalten, nicht aber die Beckenbodenmuskulatur. Der Levator ani sei lediglich für das Rektum da und diene dem Mechanismus der Defäkation. Eine gewisse Rolle spielten Zerreißungen der Dammgebilde allerdings beim Zustandekommen eines Prolapses, der Vorgang sei indes so, daß zuerst eine Rektozele entstehe, diese ziehe den Uterus nach sich und zuletzt erst komme die Zystozele zustande. Dieser Auffassung entsprechend hat G. eine Prolapsoperationsmethode erdacht, die er seit 9 Jahren mit bestem Erfolg ausübt. Bei Frauen, die noch konzeptionsfähig sind, wird nach event. Ausschabung, Plastik oder Amputation der Zervix der Uterus nach Eröffnung der vorderen Plika herausgekippt, die Ligamenta rotunda werden unter Schleifenbildung auf die Vorderseite des Uterus aufgenäht. Nun kommt das charakteristische: es werden durch die Mitte des Corpus uteri eine, und seitlich durch das Vorderblatt des Lig. latum dicht neben dem Uterus rechts und links auch je eine Katgut-



ligatur durchgelegt, und jede dieser Ligaturen wird durch eine geeignete Stelle der Blasenbasis hindurchgeführt und geknüpft, so daß der untere Teil der Blase samt Urethra völlig gestreckt wird, und so auf dem Uterus bezw. den Ligamenten befestigt ist. Zum Schluß Kolpoperineorrhaphie. Die vordere Scheidennaht wird vorsichtshalber mit Gaze drainiert. — Frauen, die keine Kinder mehr bekommen können, behandelt G. prinzipiell mittels vaginaler Uterusexstirpation, wonach er die Stümpfe der runden und der breiten Mutterbänder gegenseitig in der Mittellinie vernäht; dadurch wird eine feste Unterlage für die Blase geschaffen. (Auch andere Operateure haben letzteres mit Erfolg getan — Ref.) — Bei sehr großen Rektozelen rafft G. die Vorderwand des Rektums der Länge nach, je nachdem in zwei oder drei Schichten, event. hinauf bis zu den Douglasfalten — Am Schluß der Arbeit erklärt G. die Interpositionsmethoden für widersinnig, wenn sie bei erschlafften Ligamenten ausgeführt werden.

R. Klien-Leipzig.

Heinrichsdorff, Paul, Die anatomischen Veränderungen der Leber in der Schwangerschaft. (Aus dem path. Inst. der Univ. und dem des städt. Allerheil. Hosp. in Breslau.) (Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. 1912, 70. Bd., H. 2.)

H. bespricht ausführlich die bis jetzt bekannten Leberveränderungen in der Schwangerschaft: die bei akuter gelber Atrophie, die bei Eklampsie, bei Hyperemesis und verwandten Zuständen und bei rezidivierendem Graviditätsikterus. Beiläufig bemerkt, warnt er davor, die wohlcharakterisierten eklamptischen Leberveränderungen mit gewissen diffusen auf eine Stufe zu stellen. Eigne Untersuchungen hat er dann betreffs der von Hofbauer sog. Schwangerschaftsleber angestellt, und er kommt im Gegensatz zu diesem Autor dazu, daß der Begriff der Schwangerschaftsleber zur Zeit ein so unbestimmter sei, daß man besser täte, mit einem solchen zunächst noch nicht zu rechnen. R. Klien-Leipzig.

Renisch, Hermann, Ein Beitrag zur Adenomyositis uteri et recti. (Aus d. II. gyn. Klinik in München.) (Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. 1912, 70. Bd., H. 2.)

Geheilter Fall von abdominaler Totalexstirpation mit fünfmarkstückgroßer Rektumresektion einer jener relativ seltenen die Hinterwand der Zervix, das Zwischengewebe und die vordere Rektumwand befallenden Geschwulstbildungen, über deren pathologisch-anatomische Wertigkeit man sich lange Zeit nicht einigen konnte. Im vorliegenden Fall gelang es, den direkten Ursprung der epithelialen Bestandteile des Tumors aus dem Serosaepithel des untersten Teiles des Douglas nachzuweisen. Von hier aus hatte eine fächerförmige Ausbreitung der Epithelbahnen und -schläuche nach vorn, unten und hinten stattgefunden. R. bezeichnet die Neubildung als eine hyperplastische Wucherung der Serosaepithelien mit gleichzeitiger Hyperplasie von Bindegewebe und Muskulatur. Von Malignität war nirgends etwas nachzuweisen, trotz der physiologischen Grenzüberschreitung des Epithels. R. Klien-Leipzig

Rouvier, Quelques Récherches sur les Lymphatiques du Clitoris. (Annal. de Gyn. 1912, pag. 273.)

R. stellt seine Untersuchungen an Leichen von Neugeborenen mittels der Gerotaschen Injektionsmethode an. Zwei Lymphgefäße führen von der Klitoris direkt nach den hypogastrischen Drüsen. Das eine dieser Ge-Gefäße entspringt aus dem präsymphysären Lymphkapillarnetz, geht unter der Symphyse hindurch, kreuzt die Harnröhre, steigt nach oben, außen und hinten, und besitzt in der Höhe des Uterusfundus eine kleine Drüse. Von dieser geht ein Gefäßstamm an die Innenseite der Vasa hypogastrica und endet in einer am Promontorium gelegenen Drüse. Von dieser gehen wieder zahlreiche Ästchen direkt zu den Aortendrüsen der anderen Seite. Das zweite Lymphgefäß geht direkt zu den hypogastrischen Drüsen des kleinen Beckens, indem es den Vasa pudenda folgt. Aber es existieren auch noch Lymphgefäßverbindungen von der Klitoris über die der Harnröhre zu der inneren retrokruralen Lymphdrüse, neben den Vas. femoral. Endlich, aber selten, kommen direkte Lymphgefäßverbindungen zwischen der Kli-



toris und den Lymphdrüsen des kleinen Beckens vor. — Diese Befunde sollen übereinstimmen mit den von Küttner beim Mann erhobenen. Jedenfalls sehr ungünstige Verhältnisse für die Radikaloperation eines Klitoriskarzinoms. R. Klien-Leipzig.

Hartmann, Téchnique de l'Ablation de l'Épithéliome primitif du Clitoris. (Annal. de Gyn. 1912, 39. Bd., pag. 299.)

H. beschreibt eine von Basset auf Grund pathologisch-anatomischer Untersuchungen ausgearbeitete radikale Operationsmethode des Klitoriskarzinoms, welche gestatten soll, dieses Organ im Zusammenhang mit den in der Regel befallenen Lymphgefäßen und -drüsen zu entfernen. Abbildungen erläutern den Text. Es handelt sich darum, einen sog. oberen und einen unteren Lymphstiel herauszupräparieren, die beide nahe beieinander an der Innenseite der Vena iliaca ext. enden. Die Operation ist offenbar eine sehr eingreifende, sie scheint auch noch nicht in praxi ausgeführt zu sein, und sie steht auch nicht ganz im Einklang mit den normalanatomischen Untersuchungen Rouviers über die Lymphgefäße und -drüsen der Klitoris (s. o.). R. Klien-Leipzig.

Psychiatrie und Neurologie.

Guttmann (Saratow). Experimentell-psychologische Untersuchungen über die Aufmerksamkeit und geistige Leistungsfähigkeit bei Manisch-Depressiven. (Zeitschrift f. med. Psychotherapie und med. Psychologie Bd. IV, H. 1.)

1. Die Aufmerksamkeitsitendität ist bei den Manischen, wie auch bei den Depressiven, herabgesetzt im Verhältnis zu Normalen.

2. Die Anpassungsfähigkeit der Aufmerksamkeit an eine schwierigere Arbeit ist bei Manisch-Depressiven herabgesetzt im Verhältnis zu Normalen.

3. Die Beständigkeit (Tenazität) der Aufmerksamkeit ist bei Manisch-Depressiven herabgesetzt im Verhältnis zu Normalen. Bei Manischen äußert sich die Herabsetzung der Tenazität vorwiegend in betreff der qualitativen Seite der Arbeit, bei Depressiven in betreff der quantitativen.

4. Die Übungsfähigkeit ist bei Manisch-Depressiven geringer ausgeprägt als bei Normalen.

5. Im Gegensatz zu Normalen läßt sich bei den Manischen, wie auch bei den Depressiven eine allmähliche Anpassung an die Arbeit beobachten, es findet ein sich „Hineinarbeiten" statt.

6. Im Gegensatz zu Normalen wird die zweite Hälfte der Arbeit ohne Unterbrechung bei den Manisch-Depressiven schneller ausgeführt als die erste Hälfte. Das weist darauf hin, daß ihr psycho-physischer Mechanismus nicht sofort auf ein bestimmtes Niveau eingestellt werden kann, sondern erst gewisse Hindernisse überwinden muß. Der Unterschied der Pausenwirkung bei Normalen und Manisch-Depressiven äußert sich auch darin, daß bei letzteren während der Pause ein Teil ihrer Anregung verloren geht.

7. Die geistige Leistungsfähigkeit ist bei Manisch-Depressiven herabgesetzt. In quantitativer Beziehung arbeiten die Manischen besser als die Depressiven, in qualitativer schlechter.

8. Die Übungsfähigkeit ist bei den Manisch-Depressiven geringer als bei Normalen, trotzdem letztere die Arbeit mit einem höheren Übungsgrade beginnen als erstere.

9. Die Ausführung einer Arbeit wird von den Manisch-Depressiven in anderer Weise vollzogen, als von Normalen. Letztere sind imstande, ihre neuropsychische Energie sofort in vollen Gang zu setzen, bei ersteren entwickelt sie sich nur allmählich: Die Kranken müssen sich „hineinarbeiten". Bei Normalen erwies sich daher die zweite Hälfte der Arbeit weniger produktiv als die erste. Bei den Patienten dagegen erwies sich die zweite Hälfte der Arbeit in allen Fällen produktiver als die erste bei der Ausführung einer ganz leichten geistigen Arbeit (Durchstreichen eines Buch-



stabens). Bei einer schwierigeren geistigen Arbeit (Kräpelinsche Methode), wo die Ermüdungswirkung deutlicher zutage tritt, erwies sich die zweite Hälfte der Arbeit produktiver als die erste in 3 Fällen des manischen Stadiums und in 2 Fällen des depressiven. Nach Huts ähnlichen Versuchen erwies sich die 2. Hälfte produktiver in 14 Fällen unter 25.

10 Eine 5 Minuten lange Pause nach einer Arbeit von einer ebensolchen Dauer wirkt auf Manisch-Depressive anders als auf Normale. Bei letzteren erweist sich nicht nur nach meinen Untersuchungen, sondern auch nach vielen anderen, die erste Minute unmittelbar nach der Pause stets produktiver als die letzte Minute vor der Pause. Bei den Manisch-Depressiven kommt diese günstige unmittelbare Pausenwirkung nicht immer zum Vorschein. In 7 Fällen (unter 12) war diese Wirkung eine negative: in 3 Fällen des manischen Stadiums und in 4 des depressiven. Eine Unterbrechung der Arbeit wirkt im allgemeinen bei den Manisch-Depressiven ungünstig auf die Produktivität der nachfolgenden Arbeit, da während der Pause die Patienten einen Teil ihrer Arbeitswilligkeit verlieren. Nach der Pause wird bei den Manisch-Depressiven die Arbeit auch schlechter in qualitativer Beziehung; außerdem sinkt auch die Beständigkeit (Tenazität) der Aufmerksamkeit nach der Pause.

11. Die Ermüdbarkeit der Depressiven ist größer als die der Manischen. In einzelnen Fällen ist sie auch bei letzteren ziemlich bedeutend.

K. Boas - Straßburg i. E.

Polimanti, Über Ataxie zerebralen und zerebellaren Ursprungs. (Archiv f. Anat. und Phys. 1910, S. 124.)

Verfasser hat bei einem Hunde, dem der linke Frontallappen und einige Monate später die linke Kleinhirnhemisphäre exstirpiert wurde, zum Studium der Ataxie kinematographische Aufnahmen des Ganges gemacht und dabei folgendes gefunden:

1. Nach der Exstirpation des linken Frontallappens bestand schwankender Gang, deutliche ataktische und asthenische Störungen der reschtsseitigen Extremitäten, Neigung des Kopfes sich nach links zu wenden.

2. Nach der Exstirpation der linken Kleinhirnhemisphäre deutlicher linksseitiger Tremor, der am Hinterbein stärker ausgeprägt ist, sowie deutliche Ataxie der Extremitäten, besonders links; Neigung des Körpers nach links zu rotieren.

Die zerebrale Ataxie, die einem Defekt des Muskelsinns zuzuschreiben ist, zeigte sich stärker als die zerebellare; die rechte Vorderpfote zeigte beim Gehen echten „Hahnentritt", wurde steif und übermäßig hoch vom Boden gehoben und fiel heftig zu Boden, während die linke Vorderpfote kaum gehoben wurde und weniger heftig zu Boden fiel. Die zerebellare Ataxie beruht auf dem Fehlen des normalen Kleinhirntonus, welcher seinen Ursprung allein den zugeführten Reizen der tiefen Sensibilität verdankt.

K. Boas-Straßburg i. E.

v. Economo, Über dissoziierte Empfindungslähmung bei Ponstumoren und über die zentralen Bahnen des sensiblen Trigeminus. (Jahrb. f. Psych. u. neur. XXXII, 1911, S. 107.)

Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Daß im Pons eine isolierte Empfindungslähmung des Temperatur- und Schmerzsinnes zustande kommen kann durch eine Läsion der lateral vom austretenden N. VI befindlichen Haubenponspartien, d. h. der lateral vom Abduzens befindlichen Teile der Schleife, während die medial vom N. VI zwischen ihm und der Raphe gelegenen relativ nicht sehr zahlreichen Faserbündel der Schleife genügen, um eine intakte Leitung der takilen und Tiefen-Sensibilität zu garantieren.

2. Zentrale Schmerzen können durch Läsion der Schmerzbahnen auch unterhalb des Thalamus in typischer Weise hervorgerufen werden.

3. Der sensible Trigeminuskern sendet sowohl beim Menschen als beim Affen zwei Bahnen zentralwärts in den Thalamus und zwar eine gekreuzte und eine ungekreuzte. Letztere tritt aus dem sensiblen Kern dorsal aus und gelangt auf der Bahn des lateralen Haubenbündelchens der gleichen



Seite in den gleichseitigen Tractus fasciculorum Foreli, um schließlich in die ventralen und medialen Partien des Nucleus arcuatus des Thalamus der gleichen Seite zu gelangen. Diese dorsale ungekreuzte Bahn bezieht außerdem ein Faserbündel aus dem gleichseitigen IX. Kerne, was den Gedanken nahelegt, daß wir es hier mit einer Geschmacksbahn zu tun haben. Die zweite zentrale Trigeminusbahn ist die sogenannte Spitzersche ventrale Haubenbahn; sie kreuzt in der ventralen Haubenkreuzung die Seite, gelangt zwischen Schleife und Bindearm der Gegenseite zerebralwärts an die laterale Seite des roten Kernes und strahlt später dorsal von der Haubenstrahlung des roten Kernes in die dorsolateralen Partien des Nucleus arcuatus der anderen Seite. K. Boas-Straßburg i. E.

Chatschikjans, Ein Fall von Hämatomyelia cervicalis von Brown-Séquard'schem Typus. (Inaug.-Dissertation Leipzig 1910.)

Verfasser bringt eine einschlägige Krankengeschichte und 5 Fälle aus der Literatur. Die Haupterscheinungen in dem Falle des Verfassers waren:

1. Eine schlaffe Lähmung der linken Körperhälfte, welche im Laufe der 25 Tage allmählich geschwunden war.
2. Die gesteigerten Empfindungen für Berührung (Hyperästhesie), Schmerz (Hyperalgesie), Hitze und Kälte (Thermopyperästhesie), die auf der linken Körperseite bis zur zweiten Rippe über das Schulterblatt hinwegliefen; dieselbe gesteigerte Empfindlichkeit gegen Eindrücke der Wärme und des Schmerzes zeigte sich am rechten Arm bis zum Thorax hinauf und machte sich namentlich an der Innenseite geltend. Diese Erscheinungen waren am 20. Tage ganz verschwunden.
3. Rechts am Bein und bis zur Mamilla starke Herabsetzung der Empfindlichkeit gegen Kälte, Wärme und tiefe Nadelstiche.
4. Die Steigerung der Sehnenreflexe und der Reflexe überhaupt; die Verminderung einiger linksseitiger Reflexe, die noch teilweise vorhanden waren.
5. Eine Temperaturerhöhung der linken Extremitäten.
6. Priapismus, welcher nach dem Eintritt in einigen Tagen geschwunden war.
7. Die Blasenlähmung, die am 7. Krankheitstage verschwunden war.

Verfasser rechnet seinen Fall zu der „zentralen halbseitigen" (Minor) bezw. röhrenförmigen Hämatomyelie der Medulla cervicalis, angenommen, daß der Fall einer typischen Brown-Séquardschen Halbseitenläsion entspricht. Ausführungen über die pathologische Anatomie und Klinik der zervikalen Hämatomyelie ergänzen die Kasuistik.

K. Boas-Straßburg i. E.

Kühn und Trendelenburg (Freiburg i. B.), Die exogenen und endogenen Bahnen des Rückenmarks der Taube mit der Degenerationsmethode untersucht. (Archiv f. Anat. u. Phys. Anat. Abt. 1911, S. 35.)

In vorliegender Mitteilung werden die exogenen und endogenen Rückenmarksbahnen der Taube mit der Degenerationsmethode verfolgt. Nach Durchschneidung der Hinterwurzeln kann man die Fasern in die Hinterhörner und Hinterstränge verfolgen; die kaudal eintretenden Fasern erfahren durch die weiter kranial eintretenden die am Säuger bekannten Verschiebungen. Durch das Spinalganglion zur Peripherie hindurchtretende Fasern waren nirgends nachzuweisen. An Fällen von Halbseitenläsionen und kleinen Verletzungen des Hinterhornes ließen sich die endogenen Bahnen in ihrem Ursprung und Verlauf feststellen. Aus dem Lendenmark sind nur Fasern nachzuweisen, die aus dem Hinterhorn zur weißen Kommissur verlaufen, weiter zum Vorderhorn der gekreuzten Seite ziehen und in einer allmählichen Verschiebung die Peripherie des Hinterseitenstranges erreichen; sie sind aufwärts in das Kleinhirn zu verfolgen. In der Gegend der Halsanschwellung kommen andere Systeme hinzu, indem aus dem Hinterhorn Fasern direkt durch den Seitenstrang der gleichen Seite zu dem Gebiet des Hinterseitenstrangs ziehen, welches dem Flechsigschen Areal entspricht; und auch die durch die weiße Kommissur kommenden Fasern gelangen zum Teil



direkt durch die graue Substanz zum Hinterseitenstrang. Bei der Taube ist eine weitere Trennung im Verlauf der Faserarten verschiedener Herkunft nicht mehr vorhanden, also die Trennung der Gowerschen und Flechsigschen Bündel nur am Ursprungsgebiet der Fasern möglich. Im Kleinhirn findet eine ausgiebigere Kreuzung der spinozerebellaren Fasermassen statt, die für die Hauptmasse der eintretenden Bahnen eine Rückkreuzung bedeutet. K. Boas-Straßburg i. E.

Sakaki, Y., Some studies on the so-called „abnormally intelligent" scholars. (Internat. Arch. f. Schulhyg. VII, 1911, Nr. 4.)

Von 332 Schülern der Normalschule in Fukuoka (Japan) waren 79 abnorm begabt. Dieselben wurden nach charakteristischen Gesichtspunkten in 7 Gruppen verteilt und die zu jeder Gruppe gehörenden Kinder wurden wiederholt auf die geistigen Fähigkeiten geprüft. Die Prüfungsergebnisse finden sich in zahlreichen Tabellen zusammengestellt. Die gleichen Prüfungen wurden an allen anderen Schülern von durchschnittlicher bezw. geringerer Intelligenz vorgenommen und die Resultate zum Zweck der Vergleichung ebenfalls tabellarisch zusammengestellt. Es stellte sich hierbei heraus, daß nur eine einzige Gruppe der Kinder mit übernormaler Intelligenz frei von pathologischen Anzeichen war und bei unbeeinträchtigter Nervenfunktion eine übereinstimmend geistige und physische Entwicklung aufwies. Nur die zur ersten Gruppe gehörigen Schüler betrachtet Verfasser als die wahren Vertreter übernormaler Intelligenz. An den Vertretern der übrigen Gruppen ließ sich nachweisen, daß sie nervös, geistig fortgeschritten, frühreif, aber körperlich rückständig waren, oder daß sie durch äußere Umstände zu besonders starker, auf die Dauer aber nicht erträglicher geistiger Anstrengung angespornt oder endlich zwar gut begabt, aber ohne guten Willen und Gewissenhaftigkeit waren. Der gegenwärtige Schulunterricht bedarf dringender Änderungen, da derselbe die Differenzierung der Kinder nach ihrer Individualität erschwert und infolgedessen die einer sorgfältigen und kundigen Behandlung am meisten Bedürftigen weder als solche erkannt, noch derjenigen Unterweisung teilhaftig werden, die ihrem Wesen und ihren Bedürfnissen entspricht. K. Boas-Straßburg i. E.

Siebrand (Rostock i. M.), Untersuchungen über den Kältesinn. (Zeitschr. f. Sinnesphysiologie XVL, 1911, S. 204.)

1. Die Größe der absoluten Reizschwelle ist abhängig von der normalen Temperatur des Reizortes.

2. Die Unterschiedsempfindlichkeit bei gleichartiger Reizung mit verschiedenen Temperaturen ergibt individuelle Differenzen. Sie wächst mit der Seite der Reizfläche. Eine Gültigkeit des Weberschen Gesetzes ist nicht nachweisbar.

3. Bei Reizung mit gleichen Temperaturen wächst die Intensität der Kälteempfindung mit der Zahl der gereizten Kältepunkte (bei gleicher Reizfläche) und mit der Größe der Reizfläche (bei gleicher Anzahl von Kältepunkten). Auch die Dichte der benachbarten Kältepunkte scheint die Intendität der Kälteempfindung unter sonst gleichen Bedingungen zu beeinflussen.

K. Boas-Straßburg i. E.

Goldscheider (Berlin), Beiträge zur Lehre von der Hautsensibilität. (Zeitschr. f. klin. Medizin LXXIV, 1912, H. 3 u. 4.)

Die protopathische Sensibilität von Head gehört nicht einem gesonderten Nervenleitungssystem an, sondern entspricht einer Entwicklungsstufe der Nerven, bei welcher die Funktion derselben eine unvollkommene Differenzierung und Ausbildung zeigt. Die Schwellenwerte sind hoch, die spezifischen Sinnesempfindungen treten noch gegen die Gemeingefühle (Schmerz, Paresthesien, Dynästhesien) zurück, die Empfindungen sind abnorm stark, diffus und irradiierend. Mit der immer weiter gehenden Neubildung von Nervenfasern, Anpassung an die adäquaten Reize und zunehmenden Differenzierung der Empfindungen bilden sich die schärfere Lokalisation, die Begrenzung der Empfindungen, die Hemmungen aus. So kommt es zur epikritischen Sensibilität. Es handelt sich nicht um das Hinzutreten eines zweiten



Leitungssystems, sondern um die numerische und funktionelle Ausgestaltung der bereits vorhandenen.

Trotz dieser Divergenz in der Deutung der Erscheinungen muß das Verdienst von Head, den Gang der Differenzierung der Empfindungen festgestellt und beschrieben zu haben, anerkannt werden. Nicht minder verdienstlich sind seine für die Trennung der tiefen und oberflächlichen Sensibilität sprechenden Beiträge. K. Boas-Straßburg i. E.

Wexberg, Erwin L. (Wien), Zwei psychoanalytische Theorien. (Zeitschr. f. Psychotherapie und med. Psychologie, Bd. IV, H. 2.)

An der Spitze der Freudschen und der Adlerschen Theorien steht der Satz: Minderwertige Organe sind (in der Regel, oder häufig) erogene Organe. Oder: Funktionell minderwertige Organe sind affektiv überwertige Organe.

Freud geht von der affektiven Überwertigkeit aus (erogene Zonen), Adler von der funktionellen Minderwertigkeit (minderwertige Organe).

Als Reaktion erster Ordnung ergibt sich bei Freud das Gefühl der affektiven Überwertigkeit (Wunsch nach affektiver Befriedigung, Autoerotismus, Lustprinzip), bei Adler das Gefühl der funktionellen Minderwertigkeit.

Reaktion zweiter Ordnung ist bei Freud und Adler eine Kompensation.

Freud, der von einem „Plus" ausging (Überwertigkeit), läßt die Kompensation durch ein „Minus" eintreten: Dem Gefühl der affektiven Überwertigkeit antwortet die Verdrängung.

Adler ging von einem „Minus" aus (Minderwertigkeit) und läßt die Kompensation durch ein „Plus" eintreten: Dem Gefühl der funktionellen Minderwertigkeit antwortet die Sicherungstendenz und der männliche Protest.

Das treibende Moment für Verdrängung und Sicherungstendenz ist das soziale.

Die Verdrängung bedient sich der Sublimierung, die Sicherungstendenz der intellektuellen Überleistung; beide sind dasselbe.

Mißglückte Verdrängung führt zur Notkompensation, zum neurotischen Symptom.

Die mißglückte Sicherungstendenz führt ebenfalls zum neurotischen Symptom.

Mit einem Wort:

Freud erklärt die psychischen Vorgänge von der affektiven, Adler von der funktionellen Seite. Jeder seelische Vorgang kann als affektiv und als funktionell aufgefaßt werden. Daher sind die Theorien Freuds und Adlers notwendige Korrelate zueinander. Über den praktischen Wert derselben als Voraussetzungen der therapeutischen Psychoanalyse, über die bessere Verwendbarkeit der einen oder der anderen Theorie, kann nur lange Erfahrung entscheiden. K. Boas - Straßburg i. E.

Dordi u. Canestrini, J., Ein Fall von intermittierender sensorischer Aphasie. (Aus dem städtischen Spitale in Rovereto und aus k. k. Nervenklinik in Graz.) (Münch. med. Wochenschrift 1912, Nr. 9.)

Die Verfasser beschreiben einen Fall von sensorischer Aphasie, die durch eine Pseudozyste hervorgerufen war. Der Patient war früher wegen einer Otitis media suppurativa im Jahre 1906 einer Operation unterzogen worden. Im Jahre 1908 wurde der Kranke wegen eines Hirnabszesses im linken Temporallappen neuerdings operiert und es wurde ein Fistelgang wegen der Drainage offen gelassen. — Ende Dezember 1910 traf der Kranke wieder im Spital ein mit sensorisch-aphasischen Symptomen, Alexie und leichten Krämpfen in der rechten oberen Extremität, die einen Jaksonepileptischen Charakter trugen; nebenbei bestanden noch andere Symptome, die auf einen raumbeengenden Prozeß im Schädelinnern deuteten. — Bei der Operation wurde eine Pseudozyste entfernt (100 g zirka einer serösen Flüssigkeit enthaltend), die einen Druck auf das sensorisch-aphasische Zentrum (erste obere Schläfenwindung) und auf den Fuß des Gyrus zentralis anterior ausübte. Zwölf Stunden nach der Operation konnte Patient das Gesprochene verstehen und er gab an, daß er jedesmal,



wenn sich der retroaurikuläre Fistelgang schloß, große Schwierigkeiten empfand, das gesprochene Wort zu verstehen und daß er selber merkte, daß er beim Sprechen nicht die richtigen Worte gebrauchte; deswegen habe er immer früher versucht, die Kruste zu entfernen, die den Fistelgang schloß, was ihm aber in der letzten Zeit nicht mehr gelang. Die Autoren beschrieben diesen Krankheitsfall als eine intermittierende sensorische Aphasie.
K. Boas-Straßburg i E.

Kinderheilkunde und Säuglingsernährung.

Seiler (Bern), Die Untersuchung der Magenfunktionen der Kinder mittels Probefrühstück. (Arch. f. Kinderheilkunde, Bd. 55.)

S. faßt die Ergebnisse seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Anwendung des Probefrühstückes eignet sich auch für die Kinderpraxis sehr gut zur genauen Diagnose von Störungen der Magenfunktionen.
2. Als Probefrühstück ist am meisten die Sahlische Mehlsuppe (cf. dessen Lehrbuch) zu empfehlen, da sie leicht genommen wird und ohne Schwierigkeiten wieder ausgehebert werden kann.
3. Die Menge der Probenahrung muß je nach dem Alter der Patienten abgestuft werden (bis 1 Jahr 100, 1—7 Jahr 150, 8—12 Jahr 200, über 12 Jahre 250 ccm).
4. Bei normalen Funktionen wird stets, auch bei Kindern im Alter von 7—12 Monaten, überschüssige Magensäure abgesondert.
5. Analog wie bei Erwachsenen kann mittels Probefrühstück auch bei Kindern die Differentialdiagnose der verschiedenen Funktionsstörungen gestellt werden. Es kommen Motilitätsanomalien (Atonie usw.) und Sekretionsstörungen (Hyper- und Hapazidität) zur Beobachtung. Ebenso eigentliche Gastritiden mit reichlicher Schleimabsonderung und Störungen der Sekretion.
K. Boas-Straßburg i. E.

Bass, Chvostek's sign and its significance in children. (The american journ. of the medical sciences 1912, H. 1.)

Verfasser hat ein zahlreiches Material durchgeprüft und das Zeichen positiv gefunden bei Kindern von 10—14 Jahren bei 19,6 %. Nach seiner Ansicht hat es keinen Zusammenhang mit Tetanie, wohl aber bedeutet es bei älteren Kindern eine neuropathische Konstitution; es tritt besonders häufig auf bei Kindern mit vasomotorischer Reizbarkeit und mit orthostatischer Albuminurie. Verfasser hält das Phänomen für ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel.
v. Schnizer-Höxter.

Döbeli, E. (Bern), Zur Ätiologie und Pathologie des Keuchhustens. (Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte 1912, Heft 4.)

D. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Es ließ sich kein Bazillus isolieren, welcher absolut sicher der Erreger des Keuchhustens ist, ebensowenig konnte bis jetzt ein wirksames spezifisches Serum dargestellt werden.
2. Trotzdem ist der Keuchhusten eine in hohem Maße übertragbare Krankheit, deren einmaliges Überstehen im allgemeinen vor einer zweiten Erkrankung schützt.
3. Kinder können an Keuchhusten erkranken, ohne daß sie je mit einem Pertussiskranken zusammengekommen sind. Es ist ferner einwandfrei erwiesen, daß Keuchhustenanfälle auftreten, wenn das Nervensystem der betreffenden Kinder übererregbar ist und zwar sind die Anfälle um so ausgesprochener, je höher der Grad der Übererregbarkeit ist.
4. Solange kein spezifischer Erreger des Keuchhustens gefunden ist, kann man, gestützt auf klinische Beobachtungen, sehr wohl daran festhalten, daß die Infektion in der Weise zustande kommt, daß der Katarrh der oberen Luftwege, welcher stets die Pertussis in stärkerem oder geringerem Maße begleitet, übertragen wird und daß die eigentlichen typischen Keuch-



hustenanfälle durch psychische Infektion ausgelöst werden, d. h. ein Kind infiziert sich an einem andern direkt mit dem Katarrh, der durch die verschiedensten Bakterien verursacht werden kann; damit es aber die typischen Keuchhustenanfälle bekommt, muß es solche gehört und vielleicht auch gesehen haben.

5. Durch die bei jedem Hustenanfall vom Kinde mit Hilfe des Willens gemachte Anstrengung, den Husten zu unterdrücken, könnten sich im Zentralnervensystem allmählich Hemmungsbahnen ausbilden, welche dem Kinde für den Keuchhusten eine gewisse psychische Immunität verleihen würden.

K. Boas-Straßburg i E.

Russ, Emerich, Die physiologischen Schwankungen der Refraktion und der Viskosität des Säuglingsalters. (Monatsschr. für Kinderkeilkunde 1911, Bd. 10, Nr. 7, S. 360.)

Die Schlußsätze lauten:

1. Der absolute Wert der Viskosität des Blutes und Refraktion des Plasmas schwankt je nach der Konstitution der Säuglinge zwischen recht weiten Grenzen.

2. Die Viskosität steigt in den ersten Tagen des Lebens, sinkt dann stark. Diese Abnahme setzt sich in immer geringerem Maße durch das ganze erste Lebensjahr fort. Die Refraktion steigt in den ersten Lebenstagen auch an; daran schließt sich unter normalen Verhältnissen eine bis zum 4.—8. Tage dauernde Abnahme; hernach beginnt die Refraktion neuerlich stark zu steigen; diese Zunahme dauert in immer geringerem Maße durch das ganze erste Lebensjahr.

3. Von den Tagesschwankungen der Refraktion und Viskosität des Blutes ist die Abnahme von morgens bis mittags am entschiedensten ausgeprägt. Die Abnahme setzt sich auch von mittags bis abends fort, wenn auch in geringem Maße und nicht so regelmäßig. Die Ursache der hohen Morgenwerte ist die Bluteindickung während der achtstündigen, nächtlichen Nahrungspause.

4. Der Einfluß der Nahrungsaufnahme auf die Refraktion und Viskosität des Blutes scheint je nach dem Zustande des Säuglings verschieden zu sein. Bei gut gedeihenden Säuglingen bleibt sie wirkungslos oder bewirkt Abnahme, bei schlecht gedeihenden Zunahme.

5. Diese untersuchten Faktoren können mitunter Schwankungen von einer Größe hervorrufen, die die pathologischen Werte bei Bluteindickung weit überschreiten. Letztere kann daher die selbständige unheilvolle Bedeutung, die ihr von einigen Autoren beigelegt wird, nicht besitzen.

K. Boas-Straßburg i E.

Rohmer (Köln), Tuberkulose und Tuberkulintherapie im Säuglings- und frühen Kindesalter. (Archiv für Kinderheilkunde Bd. 55.)

Verfasser kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die von Engel und Bauer empfohlene Methode der Tuberkulinbehandlung mit hohen Dosen (Verfasser spritzte bis zu 1 ccm Alttuberkulin ein) ließ sich in allen Fällen ohne Schwierigkeiten durchführen, jedoch stellte sich in den meisten Fällen bei fortgesetzter Verwendung hoher Dosen wieder Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin ein.

2. Der ungünstige Verlauf eines Falles von Säuglingstuberkulose konnte nicht beeinflußt werden.

3. Bei Kindern von 2—4 Jahren ergab sich klinisch eine eklatante Heilwirkung auf skrofulöse Symptome, anatomisch eine abnorm starke reparatorische Bindegewebswucherung, speziell in der Umgebung von Lungenherden.

4. Dagegen waren wir auch nach langdauernder Behandlung nicht imstande, die weitere Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses zu verhindern, welche sich in einem Falle durch das Manifestwerden einer Knochentuberkulose, in einem andern durch einen malignen Verlauf im Anschluß an eine Maserinfektion kundgab.

5. Es hat den Anschein, als ob in unsern Fällen gegenüber der günsti-



gen Wirkung mäßiger Dosen die großen Tuberkulindosen auf das Allgemeinbefinden der Kinder einen nachteiligen Einfluß ausgeübt haben, so daß bei weiteren Versuchen die Verwendung kleiner Dosen, vorläufig etwa bis 0,1 ccm zu empfehlen wäre. K. Boas-Straßburg i. E.

Kolenk, E. (Berlin), **Das Sedativum und Hypnoticum Adalin in der Kinderpraxis unter Berücksichtigung seiner Verwendbarkeit bei der Therapie des Keuchhustens.** (Med. Klinik 1911, Nr 43.)

Verfasser kommt zu folgendem Résumé:

Übersehen wir, was das Adalin für die Kinderpraxis leistet, so haben wir festzustellen, daß es ein unschädliches, viel weniger als Chloral eingreifend wirkendes Beruhigungsmittel darstellt. Es ist verwendbar als Sedativum und Hypnotikum:

1. Für unruhige, nervöse Kinder.
2. Für erregte und schlaflose dyspeptische und überhaupt ernährungsgestörte kranke Kinder und erleichtert das Hungerregime.
3. Für Kinder mit Infektionskrankheiten, denen Nachtruhe nottut, speziell für Pneumonie der Kinder, um den Herzen Ruhe zu schaffen, als Ersatz der üblichen Morphiummedikation bei Erwachsenen in solchen Fällen.
4. Bei leichteren Krampfzuständen aus den verschiedensten Ursachen. Für schwerere Fälle empfiehlt sich mehr das Chloral-Brom. Eine Phosphormedikation und vor allem Diät behalten selbstverständlich ihre Wichtigkeit.
5. Beim Keuchhusten als Mittel für die Nacht, jeden zweiten bis dritten Abend, in solchen Fällen, in denen die Anfälle die Nachtruhe sehr stören und die Kinder dadurch nervös sehr herunterkommen.

Tetanie und Laryngospasmus mit dem Mittel zu behandeln, hatte Verfasser keine Gelegenheit. Er möchte Versuche bei dieser Krankheit sowie bei spastischen Zuständen (Pylorospasmus usw.) besonders empfehlen.

K. Boas-Straßburg i. E.

Medikamentöse Therapie.

Schröder, Alfr. (Hagen i. W.), **Meine Erfahrungen mit Bromural.** (Allg. Med. Central-Zeitung 1912, Nr. 25.)

In der Praxis zeigen sich die Vorzüge des Bromurals in der relativen Harmlosigkeit selbst der zehnfachen therapeutischen Gaben, und in der ausgedehnten Verwendungsmöglichkeit selbst bei Kindern und alten Leuten. Trotz dieser völligen Ungefährlichkeit hat das Bromural eine kräftige therapeutische Wirkung, die sich besonders bei Herzneurosen meßbar nachweisen läßt. In der Dosis von 2 Tabletten findet es als Schlafmittel Verwendung, doch ist es häufig angezeigt, höhere Dosen zu geben; man verwendet dann zweckmäßig das Prinzip der „gebrochenen Dosierung", indem man 2 Stunden vor dem Schlafengehen 2 Tabletten ordiniert und unmittelbar beim Zubettgehen noch 1—2 Tabletten. Die bessere Wirkung ist theoretisch dadurch zu erklären, daß die Zellrezeptoren aus den an ihnen vorbeiströmenden Bromurallösung mehr Bromural aufnehmen können, wenn die Lösung verdünnter ist und entsprechend länger mit ihnen in Berührung bleibt, als wenn es sich um die konzentriertere Lösung nach einmaliger Gabe handelt.

Im besonderen verweist Verfasser auf die Anwendungsmöglichkeit bei älteren Leuten; eine 82 jährige Frau nimmt mit gutem Erfolg dauernd abends 1 Tablette Bromural.

Ein zweiter Fall verdient deshalb genannt zu werden, weil es sich um eine Kombinationswirkung handelt. Eine junge Frau mit parametrischen Exsudaten hatte wegen des schmerzhaften Leidens seit längerer Zeit Morphium bekommen. Als immer größere Dosen erforderlich wurden und gleichzeitig Schlaflosigkeit auftrat, erhielt sie abends 2—4 Tabletten Bromural. Während sie seit einiger Zeit nur morgens 1—2 Stunden schlafen konnte, trat unter der Bromuralmedikation ein befriedigender Schlaf ein und es



konnte die abendliche Morphininjektion weggelassen werden; allerdings bekam Patientin tagsüber, wie früher, ihr Morphin. Das Befinden der Patientin hat sich auf die Herabsetzung der Morphin-Dosis und den nächtlichen Schlaf wesentlich gebessert. Ein vollständiges Fortlassen des Morphins ist wegen des Grundleidens nicht möglich.

In der Hauptsache verwandte Verfasser das Bromural bei rein nervöser Schlaflosigkeit. Es wurde stets gut vertragen und verursachte niemals Neben- oder Nachwirkungen.

Die Unschädlichkeit des Bromurals gestattet, es in weitem Umfange auch bei weniger intelligenten Patienten zu verwenden, da es seiner Natur nach jeden Mißbrauch ausschließt. R.

Hoffmann, Paul (Berlin-Friedenau), **Das Bromural in der Zahnheilkunde. (Deutsche Zahnärztl. Wochenschr. 1912, Nr. 27.)**

Das Bromural fand in über 100 Versuchen, und zwar stets mit bestem Erfolg, Anwendung in der Zahnpraxis. Wenn es vor Einleitung der Bromäthernarkose gegeben wurde, trat die Narkose schneller ein und der Verbrauch von Bromäther war geringer. Ferner wurde es vor der Injektion am N. mandibularis bei Meißelung am Unterkiefer angewandt. Das Angstgefühl bei aufgeregten Personen schwand dadurch völlig. Bromural vor schmerzhaften Bohrungen gegeben, erzeugte Linderung der Beschwerden. Die Patienten hatten wohl noch Schmerzen, verhielten sich aber ruhig. Bei Wurzelspitzenresektionen und Zystenoperationen wurde derselbe Erfolg erzielt. Auch zur Verhütung von Nachschmerzen leistete Bromural gute Dienste; traumloser, ruhiger Schlaf trat darauf ein ohne Kopfschmerzen zu verursachen.

Hoffmann erwähnt nur 2 negative Resultate, einmal bei einem stark erregten Herrn, der vor dem Examen stand, dann bei einem Paralytiker in ultimis; er hält Bromural für ein ganz außergewöhnliches Mittel, frei von schädlichen Nebenwirkungen. R.

Straub, W., Über Narcophin, ein rationelles Opiumpräparat. (Münch. med. Wochenschrift 1912, Nr. 28.)

Das Opium besitzt eine Reihe von Vorzügen vor seinem Hauptbestandteil, dem Morphin. Nach den Arbeiten von Straub wird dies durch das Narcotin bedingt, welches für sich allein wirkungslos ist. Man hat es also mit einer Wirkungspotenzierung, einem Synergismus zweier zu gleicher Zeit gegebenen Arzneistoffe zu tun. Straub konnte feststellen, daß das Optimum der Wirkung bei der Anwendung gleicher Teile Narcotin und Morphin liegt. Man hat jedoch in dem auf der Basis der Straubschen Arbeiten hergestellten Narcophin äquivalente Mengen statt gleicher Mengen genommen, weil so ein einheitlicher Körper zu erzielen war. Das Narcophin ist Narcotin-Morphin-Mekonat und enthält rund ein Drittel seines Gewichtes an Morphinbase. Die Hauptvorzüge des neuen Präparates sind seine einheitliche Zusammensetzung, seine gesteigerte narkotische Wirksamkeit und seine geringere Beeinflussung des Atemzentrums. Hergestellt wird das Narcophin von der Firma C. F. Böhringer u. Söhne in Mannheim-Waldhof. R.

Reinsch, Seekrankheit und Bromural. (Ohren-Klinik des Breslauer Allerheiligen-Hospitals.) (Zentralbl. f. d. ges. Therapie 1912, H. 7.)

Zur Bekämpfung der Seekrankheit wurde, neben den diätetischen Vorschriften und frischer Luft, die Anwendung von Hypnotizis verordnet. Vor allen Mitteln hat sich das Bromural ausgezeichnet bewährt. Die Darreichung des Bromurals bei Seekrankheit weicht etwas von der sonst üblichen Medikation dieses Präparates ab, da man verhältnismäßig hohe Dosen gibt. Möglichst wurde Bromural prophylaktisch gegeben. Bei Passagieren, die durch frühere Reisen ihre Neigung zur Seekrankheit bewiesen hatten, wurden mehrmals am Tage Tabletten à 0,3 g bis zu 4 Stück gegeben. Besonders nutzbringend erwies sich dieses Mittel, wenn es bei stürmischer See etwa 1/2 Stunde vor dem Aufstehen gegeben wurde. In diesen Fällen wurden mit recht gutem Erfolg 2 Tabletten auf einmal genommen und fast



immer die Seekrankheit völlig unterdrückt. Besonders instruktiv für den guten Erfolg des Bromurals ist folgender Fall:

Bei einem jungen Arzt, der erwiesenermaßen außerordentlich zur Seekrankheit neigte, traten bei einer Seefahrt prompt nach Verlassen des Hafens die ersten Anzeichen dieser Krankheit auf. Er nahm zunächst zwei Tabletten auf einmal. Nach Verlauf einer halben Stunde verschwanden die lästigen Kopfschmerzen nebst Schwindel und Übelkeitsgefühl vollständig. Nachdem am Abend wiederum eine Tablette genommen war, konnte er mit gutem Appetit am Diner teilnehmen. Da die Nacht unruhig zu werden drohte, so wurde vor dem Schlafengehen nochmals eine Tablette gegeben, worauf bis zum anderen Morgen ruhiger Schlaf zu verzeichnen war. Prophylaktisch wurden dann nochmals 2 Tabletten genommen. Diese waren von recht guter Wirkung. Der Patient blieb tagsüber beschwerdenfrei, ohne durch die verhältnismäßig große Menge Bromural, innerhalb 24 Stunden, irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen zu verspüren.

Bromural leistete also als Prophylaktikum bei Seekrankheit gute Dienste. Selbst bei vorgeschrittenen Fällen war es von bester Wirkung, wie folgender Fall deutlich zeigt:

Eine Dame wurde schon während des Einschiffens derartig seekrank, daß sie an Bord getragen werden mußte. Sie fühlte sich recht elend, verweigerte aber jede therapeutische Maßnahme. Durch längeres Zureden gelang es, sie schließlich zum Probieren des Bromurals zu bewegen. Der Erfolg war überraschend. Sie fand etwas Ruhe, so daß sie die folgende Nacht schlafen konnte und nicht mehr erbrach. Am anderen Morgen wurden wieder 2 Tabletten gereicht, welche eine derartig gute Wirkung erzielten, daß die Patientin sich erheben und an Deck gehen konnte. Die lästigen Kopfschmerzen, Erbrechen und Schwindel waren vollständig beseitigt, auch stellte sich im Laufe des Tages Appetit ein. Wenn auch ab und zu leichtes Unbehagen und Kopfschmerz verspürt wurde, so fehlten nach ihren Angaben die übrigen unangenehmen Erscheinungen der Seekrankheit.

Bromural ist also kein eigentliches Heilmittel gegen Seekrankheit, wohl aber ein Medikament, welches früh genug prophylaktisch angewandt, so gut wie immer seine Schuldigkeit tut und in den meisten Fällen die Seekrankheit unterdrückt. Sodann ist es selbst bei ausgesprochener Seekrankheit offenbar von gutem Erfolg, da es stets einen Teil der lästigen Erscheinungen beseitigt, so daß die Beschwerden wenigstens erträglicher werden. Endlich wurde wiederholt festgestellt, daß Bromural selbst auf der Höhe der Seekrankheit, diese zum völligen Schwinden bringt, wenn es gelingt, dem Patienten möglichst hohe Dosen wirksam beizubringen. R.

Gregor, Klinische und experimentelle Erfahrungen über Luminal und seine Nebenwirkungen. (Therap. Monatsheft 1912, H. 6.)

Nach eingehenden Untersuchungen, besonders für Anstaltspraxis, nicht für Privatpraxis (hier Adalin) geeignet. Vorsicht; stets mit geringer Dosis (0,2) beginnen und erst nach genauer Kenntnis der individuellen Reaktionsweise in der Dosis steigen.

Schädliche Nebenwirkungen mit 0,4 : 1. Protrahierte Somnolenz oder leichte Schlaflosigkeit. 2. Objektiv und subjektiv allmählich in Erscheinung tretende Mattigkeit bei Tage nach fortgesetztem Gebrauche. 3. Unsicherheit der Bewegungen. 4. Klagen über dumpfen Kopf und Kopfschmerzen. 5. Klinisch auffällige Beeinflussung des Zirkulationsapparates (plötzlich eintretender Verfall und Herzschwäche bei präsenilem Individuum). 6. Morbilliformes Exanthem nach mehrtägigem Gebrauch. 7. Gesteigerte Salivation, Übelkeit, Erbrechen. v. Schnizer-Höxter.

Öller und v. Gerlach, Über die Einwirkung von Gerstenkaffee und Malzkaffee auf das Sehorgan. (Therap. Monatsheft 1912, Heft 6.)

Der Vorwurf, das Sehorgan zu schädigen, der seiner Zeit auch der Zichorie gemacht wurde und den die Zeit als ungerechtfertigt bewiesen



hat, ist, wie Verfasser am Tier- und Menschenexperiment nachgewiesen, selbst in außergewöhnlich großer Menge bezw. Konzentration genossen, für Gersten- und Malz-Kaffee völlig hinfällig. v. Schnizer-Höxter.

Farr and Welker, The effekt of caffein on nitrogenus excretion and partition. (The american journal ode medical sciences 1912, H. 3.)

Auf Grund von Versuchen kommen Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Koffein entsprechend einer kleinen täglichen medizinalen Dosis oder 3 gewöhnlichen Tassen Kaffee ruft, wenn überhaupt, nur eine leichte Diurese hervor. 2. Zunahme des Purinnitrogens wahrscheinlich infolge von Elimination des Koffeins. 3. Das Totalnitrogen blieb unalteriert, mit Ausnahme von 2 kleinen Störungen hinsichtlich des Nitrogens, auf dessen Stoffwechsel demnach das Koffein keinen Einfluß hat. 4. Koffein zehrt nicht im Sinne der alten Schriftsteller. 5. Die therapeutische Erfahrung lehrt, daß große Koffeindosen Diurese hervorrufen, aber wahrscheinlich ohne Einfluß auf den Nitrogenstoffwechsel. v. Schnizer-Höxter.

Schlimpert, Über die Verwendung des Narcophins in der Gynäkologie. (Münch. med. Wochenschrift 1912, Nr. 28.)

Der Verfasser hat in der Universitäts-Frauenklinik zu Freiburg i. Br. in gynäkologischen Fällen Narcophin als schmerzlinderndes Mittel, als Schlafmittel und in Verbindung mit Scopolamin zur Vorbereitung von Narkosen gegeben. Die Verwendung des Präparates ließ folgende Vorzüge erkennen: seine starke narkotische Kraft, die sich in langanhaltender Wirkung und hohem Grad von Analgesie bei relativ geringer Trübung des Bewußtseins ausdrückt, ferner seine Ungefährlichkeit, vor allem die geringe Beeinflussung der Atmung. Dem gegenüber steht als Nachteil der mitunter etwas verzögerte Eintritt der Wirkung. R.

Miculicich, Über Glykosuriehemmung. Über den Einfluß von Ergotoxin auf die Adrenalin- und Diuretinglykosurie. (Aus d. Pharmak. Institut in Graz. Prof. O. Loewi.) (Archiv f. exp. Path. u. Pharmak. 1912, Bd. 69, H. 2, S. 133.)

Dale hat dargetan, daß das Ergotoxin in eigenartiger Weise den Erfolg elektrischer bezw. chemischer Reizung fördernder sympathischer Nerven hemmt. Es schien wichtig zu untersuchen, ob sich diese Hemmung auch auf die, in vieler Beziehung eine Sonderstellung einnehmende glykosurische Wirkung sympathischer Nervenreizung erstreckt. Als Typen der letzteren wurde in den Bereich der Prüfung eine zentrale (Diuretin) und eine periphere (Adrenalin) Reizung gezogen.

Der Verfasser kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Ergotoxin subkutan oder intravenös gegeben, hemmt, in kleinen Dosen (0,5—1,0 mg) passager, in größeren (2—4 mg) dauernd, das Zustandekommen der Adrenalinglykosurie bei Kaninchen (präventive Wirkung).
2. Ergotoxin nach Eintritt einer Adrenalinglykosurie gegeben, kürzt dieses wesentlich ab (kurative Wirkung).
3. Die Ursache dieser Hemmung ist
   a) eine starke Hemmung der Hyperglykämie,
   b) eine spezifische Dichtung der Niere für Zucker.
4. Die Ausfuhr des Kochsalzes ist nicht beeinträchtigt.
5. Die Diurese wird meist etwas gehemmt.
6. Auch die Diuretinhyperglykämie und -glykosurie wird gehemmt, nicht aber die Diurese. Neumann.

Miculicich, M., Über Glykosuriehemmung. Über den Einfluß des Hirudins auf die Adrenalin- und Diuretinglykosurie. (Aus dem Pharmak. Inst. in Graz. Vorstand: Prof O. Loewi.) (Arch. für experiment. Pathologie und Pharmak. 1912, Bd. 69, H. 2.)

Bekanntlich hemmen eine große Reihe von Eingriffen und chemischen Agentien das Zustandekommen der Adrenalinglykosurie. Bei manchen kommt diese Hemmung zustande durch Hinderung des Zuckerdurchtritts durch die Niere, bei anderen nimmt man eine spezifische Hemmung des diabetischen



Prozesses als solchen an. Das gilt namentlich für die Lymphagoga, wie Pepton und Hirudin. Als Lymphagogon für die vorliegenden Versuche wurde Hirudin gewählt, als Typus der zentralen Glykosurie die durch Diuretin hervorgerufene.

Das Ausbleiben der Adrenalinglykosurie nach vorgängiger intravenöser Hirudinverabfolgung ist bedingt durch eine Beeinträchtigung des Blutzuckeranstiegs und der Diurese. Die Kochsalzausscheidung wird nicht gleichzeitig gehemmt.

Die zu den Versuchen über den Einfluß des Hirudins auf die Diuretinglykosurie benutzten Kaninchen erhielten ausnahmslos am Abend vor dem Versuche 20 g Traubenzucker mit der Schlundsonde.

Hirudin hemmt weder die durch zentrale Reizung bedingte Diuretinglykosurie noch die Diurese.

Da der Diuretindiabetes nach Splanchnikotomie sowie nach Nebennierenexstirpation ausbleibt, somit in völliger Analogie zum Piqûrediabetes als zentrale sympathische Glykosurie gelten darf, macht es der ganz unerwartete Ausfall seiner Hemmung durch Hirudin im Gegensatz zu der des Adrenalindiabetes zweifelhaft, ob es sich bei beiden Prozessen um einen identischen Vorgang handelt, ob mit anderen Worten der zentrale Diabetes ein Adrenalindiabetes ist.

Zugunsten dieser Annahme spricht wohl a priori sehr die Tatsache des Ausbleibens der Piqûre nach Nebennierenexstirpation und das Verarmen der Nebennieren während der Piqûre an chromaffiner Substanz. Andererseits ist die Piqûre fast nie, die Adrenalinglykosurie fast immer von einer starken Diurese begleitet, ferner, was wichtiger erscheint, tritt weder die Piqûre- noch gar die Diuretinglykosurie beim hungernden Tiere auf. Soll die Diuretinglykosurie sicher eintreten, dann müssen die Tiere bekanntlich sogar ein besonders kohlehydratreiches Futter erhalten. Neumann.

Katschkatschew, A. B. (Moskau), Über die therapeutische Bedeutung des Bromurals. (Praktitscheski Wratsch 1912, Nr. 28.)

Nach Bromural tritt in ganz leichten Fällen der Effekt schon nach einer Tablette ein, gewöhnlich muß man aber zwei Tabletten auf einmal verordnen, worauf sich ruhiger Schlaf einstellt, der vom natürlichen durch nichts zu unterscheiden ist. Die Patienten fühlen sich beim Erwachen vollständig ausgeruht, Kopfschmerz ist nie zu beobachten. Ebenso leistet Bromural in Fällen von Halluzinationen bei Alkoholikern, bei Phobien und bei allgemeiner Erregbarkeit sehr gute Dienste.

Die beruhigende Wirkung des Bromurals zeigt sich schon nach einer Tablette, jedoch genügt eine einmalige Gabe nicht, weil der Erfolg dann nicht anhaltend ist. Am besten gibt man zur Nacht zwei Tabletten, um einen gleichmäßigen und andauernden Schlaf zu erzielen. Am anderen Morgen nach dem Erwachen verabreicht man wieder eine Tablette und im Verlaufe des Tages eine weitere Dosis von 1—2 Tabletten, je nach der Intensität des Falles; dann erfolgt die sedative Wirkung schneller und ist auch anhaltender und ausgesprochener. Muß in der folgenden Nacht erneut zum Schlaf verholfen werden, so genügen schon 0,3 g.

Besonders hervorzuheben ist die Verwendbarkeit des Präparates in der Kinderpraxis. Als harmloses Schlafmittel eignet es sich vorzüglich zum Einschläfern aufgeregter Kinder.

Trotz seiner Unschädlichkeit ist bei Bromural stets eine prompte Wirkung zu verzeichnen, weshalb nach Ansicht von K. seine Verordnung besonders auch den Ärzten, die in Gefängnissen tätig sind, warm zu empfehlen ist. Da Selbstmordversuche mit Bromural negativ verliefen, so könnte die Gefängnisobrigkeit den Gefangenen, von denen die Mehrzahl aufgeregte Neurastheniker sind, die an Schlaflosigkeit leiden, Bromural ruhig in die Hände geben, ohne befürchten zu müssen, daß Unheil durch beabsichtigte Einnahme zu großer Dosen entstehen könnte. R.



Allgemeines.

Arzneifälschungen in Rußland. (Baltische Pharmazeutische Monatshefte, 1. Juni 1912, S. 129.)

Nach Odessaer Blättermeldungen sind neuerdings wieder verschiedene Falsifikate ausländischer Arzneimittel auf der Bildfläche erschienen, die mit 25 bis 50 % unter dem Marktwert angeboten werden. Der Ursprung dieser Fälschungen konnte bisher nicht ermittelt werden, doch ist man auf der Fährte. In einer Odessaer Apotheke hatte kürzlich ein gewisser Sch. ein „durch Gelegenheitskauf“ erworbenes Kodein zu einem sehr vorteilhaften Preise angeboten. Obgleich es sich um eine scheinbar echte „Originalpackung“ der Firma Knoll u. Co., Ludwigshafen a. Rh. handelte, schöpfte der Apothekenbesitzer Verdacht und analysierte das Präparat, wobei sich herausstellte, daß es sich um eine grobe Fälschung handelte. Über den Vorfall wurde die Detektivpolizei verständigt, die den Verkäufer noch an demselben Tage verhaftete. Ein anderer Apotheker, der mehrere „Originalpackungen“ von demselben Verkäufer erstanden hatte, sandte eiligst ein Päckchen zur Untersuchung durch die Medizinalbehörde an die Geheimpolizei; bei der Untersuchung fand man bei ihm noch die übrigen Posten desselben Produktes. Die Polizei stellte bisher fest, daß Sch. noch Helfershelfer habe, und arretierte weitere 5 Personen. Ferner wurde konstatiert, daß gefälschte Präparate der Firma Knoll u. Co., E. Merck u. a. vertrieben und mit 30 % unter dem Marktpreise verkauft worden sind.

Neumann.

Burger (Villingen), Geheimnis der Menschenform. (Fritz Eckard, Verlag. Leipzig 1912.)

Verfasser erzählt im Vorwort, wie es ihm gelungen sei aus 25 jährigen Beobachtungen als Porträtmaler, sowie aus seinen rassenhistorischen, wissenschaftlichen und philosophischen Studien ein Formengesetz zu finden, dem die ganze Gestalt des Menschen unterworfen sei. Gall, Lavater, Goethe sind ihm bekannt; seine Philosophie schöpft er im wesentlichen aus Schopenhauer.

Sein Gesetz hat er in einem Textband niedergelegt, dem er zur Veranschaulichung einen Bilderband vorwiegend mit den Köpfen historisch bekannter Persönlichkeiten beigegeben hat.

Er hat mit einem Mitarbeiter einen Plastometerapparat erfunden, mit dem er jeden Punkt am Kopf und Gesicht räumlich festlegen kann, ein Instrument, das nach seiner Beschreibung sehr zweckmäßig erscheint.

Den Inhalt selbst ganz kurz im wesentlichen wiederzugeben, würde zu weit führen. Interessenten müssen das Buch selbst nachlesen.

Die Hauptgesetze lauten: das Gesicht zeigt das Grundwesen der Menschennatur an; der Schädel, die Kopfform die Geistesbeschaffenheit den Intellekt; die Hand die Äußerungsart; der Teint den Zustand.

Um ein Beispiel zu geben, zeigt das Profil durch die Stirne den Intellekt, durch Nase den Willen, durch Mund und Kinn die Sinnlichkeit und physische Kraft an. Ausschlaggebend ist nun das Verhältnis der einzelnen Teile zur Nasenwurzellinie: wenn z. B. beim Stirnprofilkopf die Stirne über die Nasenwurzellinie hinausragt, so wirkt die geistige Kraft auf die Willenskraft ein, läßt die physischen Kräfte nicht zur Geltung kommen; also übersieht ein solcher Mensch die Wirklichkeit und ist — allerdings immer je nach den Ergebnissen der Prüfung anderer Körperteile — ein einseitiger Phantast.

Man kommt bei der Einteilung des Profils unwillkürlich zu der Anschauung, daß die 4 Punkte, Stirn-, Hinterhaupt, Wirbel- und Kinnpunkt anatomisch nicht bestimmt festliegen. Der Stil ist stellenweise etwas sehr dunkel. Die Zeichnungen scheinen in mancher Hinsicht nicht ganz glücklich ausgewählt zu sein. Um z. B. das Hervortreten der äußeren Form des Gesichts zu zeigen bei geringerer Ausprägung der Gesichtsteile, ist als Beispiel ein Mongole gewählt, Prinz Tschun; dagegen ist, um das Gegen-

teil zu illustrieren, das Zurücktreten der äußeren Form bei starker Ausprägung der Gesichtsteile der Minister v. Breitenbach abgebildet. Hier mußte ebenfalls ein bartloses Gesicht gewählt werden.

Nero wird im Profil als Kinnprofilkopf besprochen, als Stirnprofilkopf gezeichnet. Kaiser Karl V. Fig. 23 ist halb en face dargestellt und im Profil beschrieben. Keineswegs zu unterschreiben ist der Satz: Die Gesichtsfarbe ist das reine Thermometer des menschlichen Gewissens, des Seelenzustandes.

Ein Künstler ist gewöhnt anders zu sehen als Nichtkünstler, aber dieses Sehen ist auch vom Nichtkünstler zu lernen und besonders zu kontrollieren. Hier hat man aber das Gefühl, daß entschieden viel zu viel, venia sit verbo, in die Verhältnisse hineingesehen bezw. hineingeheimnist wird. Immerhin ist es interessant, die Anschauungen eines Künstlers über diese Fragen, auch wenn sie etwas einseitig ausgefallen sind, zu hören.

v. Schnizer-Höxter.

Bücherschau.

Kern, Berthold, Über den Ursprung der geistigen Fähigkeiten des Menschen. (Nach einem Vortrage, gehalten in der Berliner Gesellsch. f. Anthropologie, Ethnographie u. Urgeschichte am 20. April 1912. Aug. Hirschwald. Berlin 1912.)

Den Menschen trennt eine tiefe Kluft von der übrigen Lebewelt und es wäre verfehlt, das nicht anzuerkennen und nicht nach den entwicklungsgeschichtlichen Umständen zu suchen, denen wir jenen gewaltigen Vorsprung vor den andern, selbst vor den hochstehenden Organismen verdanken.

Paläontologisch können wir zwar den körperlichen Werdegang unseres Geschlechts bis hinauf zu den Urrassen verfolgen, aber nicht die Evolution auf geistigem Gebiet, wie sie doch für die Entwicklung vom Urmenschen zum Kulturmenschen vorausgesetzt werden muß. Wir dürfen vielmehr auf einen so hohen Stand der geistigen Fähigkeiten schon beim Urmenschen schließen, daß die in der vorgeschichtlichen und geschichtlichen Folgezeit erkennbaren Veränderungen mindestens nichts Typisches für den heutigen Repräsentanten der höchsten irdischen Organisation haben. Es lassen uns hier also die Ergebnisse der paläontologischen Forschung vollkommen im Stich und es könnte scheinen, als ob damit vagen Spekulationen Tür und Tor geöffnet seien.

Durchaus dankenswert ist es daher, wenn ein Forscher zu diesen Fragen Stellung nimmt, dessen Verdienste auf philosophischem und psychologischem Gebiete hinter denen auf dem ärztlichen und naturwissenschaftlichen nicht zurückstehen, und um so mehr, wenn er es zu zeigen unternimmt, wie auch bei der Rekonstruktion der Ursprünge unserer geistigen Fähigkeiten, der Boden nicht verlassen zu werden braucht, den die anthropologische Forschung der Gegenwert auch sonst zum Ausgangspunkte nimmt: nämlich der naturwissenschaftliche.

Kern geht von dem einheitlichen Zusammenhange alles Wirklichkeitsgeschehens aus. Die objektive Wirklichkeit, die Natur, die sich uns in den Erlebnissen offenbart und die subjektive Verarbeitung dieser Erlebnisse im Denken bilden keinen Gegensatz, weil eben auch die formulierten Denkgesetze aus dem Erlebnisinhalte herstammen und die gesetzmäßigen Zusammenhänge des Denkens zugleich die des Naturgeschehens sind. Ferner weist der Autor auf die einschneidende Bedeutung unserer Erkenntnis für die Ethik, und die geradezu bestehende Abhängigkeit dieser von jener hin. Er stellt die Symbiose der anderen pflanzlichen und tierischen Formationen aus der sich das Zusammenleben verschiedener Arten in der regionären Fauna (und Flora) und schließlich das große Wechselverhältnis im Tier-



und Pflanzenleben in seiner gegenseitigen Bedingtheit entwickelt, in Parallele mit den Lebensgemeinschaften artgleicher Organismen auf den höheren Stufen. Die Fügsamkeit in gegenseitige Opfer, als Äquivalent der Beanspruchung gegenseitiger Förderung und Unterstützung liefert das natürliche Urbild eines Pflichtbewußtseins.

Mit der Einsicht von der Notwendigkeit und des Nutzens von Opfern und der Übernahme von Pflichten kommt immer mehr das Moment einer geistigen Gemeinschaft zum wirkungsvollen Ausdruck, wie es uns in der Volkswirtschaft, in der Rechtsordnung und den zahllosen gemeinnützigen Einrichtungen eines geordneten Staatslebens entgegentritt.

Aber damit ist die Entwicklung zugleich nicht mehr an die der einzelnen Individuen und nicht mehr an den trägen Weg der natürlichen „Organisationssteigerung" und ihrer Vererbung gebunden, sondern sie hat sich davon emanzipiert und trotz eines gewissen Stillstandes in der Entwicklung des Rassetypus selbständig gemacht im Sinne der Arbeitsgemeinschaft, der Arbeitsteilung und des gegenseitigen Austausches der Arbeitswerte. Die Entwicklung zum Kulturmenschen ist nicht auf dem Wege einer Vervollkommnung der physischen Organisation der einzelnen menschlichen Individuen und darum ebensowenig auf dem einer Steigerung einzelner geistigen Qualitäten vor sich gegangen, sondern auf dem der Fortbildung des Willens zu Gemeinschaftsleistungen.

Seit der geschichtlichen Zeit sind wir eben, wie Kern ausführt, in einen andern Entwicklungstypus eingetreten, der das Gepräge eines überindividuellen Geistes trägt. Was uns zunächst als Einheit in der Wissenschaft und in allen andern Zweigen der heutigen Kultur zutage tritt, ist erst der Anfang dieses Typus der Entwicklung. Über die natürlichen Gebilde der einzelnen Nationen und Kulturstaaten hinausgreifend, vollziehen sich nunmehr Gruppenbildungen, die nicht mehr von materiellen, sondern von geistigen Interessen getragen sind. Und die zunehmende Unterordnung der ursprünglichen Gesellschaftsformen unter diese einheitliche Geistesmacht, ist auch nur eine Etappe in der kontinuierlich fortschreitenden Evolution. Aber sie kennzeichnet einen gewaltigen Schritt der Entwicklung nach aufwärts zur weiteren Vergeistigung der Menschheit und der Natur.

Eschle.

Hirth, Georg, Parerga zum Elektrolytenkreislauf (Ionenkreislauf) (Zweite vermehrte Auflage. Verlag die „Jugend", München 1912 XIV u. 95 S. 8.

Die erste Arbeit, in der Hirth die Anschauung verficht, daß die Dynamik im organischen Betriebe im wesentlichen auf elektrolytische Vorgänge basiert sei, hat innerhalb zweier Jahre bereits die 4. Auflage erlebt.[1]) Schon O. Rosenbach hat einmal den Gedanken ausgesprochen, daß der Verbreitung einer neuen Idee oft nicht so sehr der Angriff der prinzipiellen Gegnerschaft hinderlich im Wege steht, als ihre mißverständliche Ausnützung im Interesse einseitiger pseudowissenschaftlicher Sonderrichtungen und Sonderbestrebungen unter der Führung kritikloser Enthusiasten und Phantasten. Deshalb erhalten nach der Ansicht des Ref. mehr noch als durch den bloßen Nachtrag von Material für die Beweisführung und für die Widerlegung inzwischen gemachter Einwände die vorliegende 2. Auflage der „Parerga" ihren Wert durch den rechtzeitigen Protest gegen derartige Versuche und das Bestreben, Mißverständnissen rechtzeitig vorzubeugen.

Und wenn Hirth schon in dem grundlegenden Werke hervorhob, daß die Salzlösung im Blute nicht der Endzweck, sondern nur eine Vorbedingung für die Erreichung des hauptsächlichsten Zweckes ist, die von außen kommende Energie zu elektrischer Energie zu transformieren, das Kreisen wirklicher Elektrolyten in den Nervenzellen und Leitungsbahnen

[1]) Georg Hirth, **Der elektrochemische Betrieb der Organismen und die Salzlösung als Elektrolyt. Eine Programmschrift für Naturforscher und Ärzte. Verlag der „Jugend". 4. Auflage. München 1912.**



(mit und ohne Kernleiter) zu ermöglichen und die Kraftströme dem Zentralorgane, der Werkstätte der Vorstellungen und des bewußten Wollens zuzuführen, [2]) so legt er hier u. a. eine ganz besondere Betonung auf die Warnung, vorschnelle Konsequenzen aus seinen Untersuchungsergebnissen zu ziehen, d. h. einfach annehmen, die Gewebe besäßen die Fähigkeit, als Salzdepots zu dienen und nun in der planlosen Zuführung von Salzen gewissermaßen der Weisheit letzten Schluß zu erblicken. [3]) „Man hüte sich," sagt er, „die Salztherapie als billige und bequeme Volkskunst betreiben zu wollen. Die Beziehungen der Salze zur tierischen und menschlichen Energie sind durch die Entdeckung des Elektrolytenkreislaufs zwar durchsichtiger, aber auch wissenschaftlicher verwickelter geworden, so daß sie nur durch sorgsamstes Fachstudium bewältigt und vertieft werden können." Doch dies ist nur einer der Gedanken unter den vielen, die dazu angetan sind, unseren wissenschaftlichen Anschauungen vom Wesen der Lebensvorgänge ebenso wie den Maximen für unser praktisches Handeln neue und wertvolle Anhaltspunkte und feste Direktive zu geben. Die Erschöpfung des ganzen Gedankeninhaltes der „Parerga" würde trotz ihres relativ geringen äußeren Umfanges über den Rahmen eines Referates hinausgehen. Eschle.

Prof. Dr. **G. Pfalz,** Direktor der Akademischen Augenklinik in Düsseldorf. **Die Spruchpraxis des Reichsversicherungsamtes bei Augenverletzungen und Sehstörungen.** Vortrag. Gehalten auf der Versammlung Rheinisch-Westfälischer Augenärzte in Düsseldorf am 11. Februar 1912. Verlag von Ferdinand Enke-Stuttgart, 1912. Seitenzahl 28.

Dr. C. Marcus - Posen. Vorwort von Geh.-Rat Prof. Dr. **C. Thiem. Ratgeber zur Technik der Begutachtung Unfallverletzter.** Mit besonderer Berücksichtigung der Verletzungen der Gliedmaßen. Für praktische Ärzte. Verlag von Ferdinand Enke-Stuttgart, 1911. Seitenzahl 123.

Sanitätsrat Dr. **Leop. Laquer,** Frankfurt a. M., **Die Heilbarkeit nervöser Unfallfolgen.** Dauernde Rente oder einmalige Kapitalabfindung. Aus der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheit. Verlag von Carl Marhold, Halle a. S., 1912. Seitenzahl 127. Preis dieses Heftes 3,50 M.

Priv.-Doz. Dr. **Sigmund Erben,** Wien. **Diagnose der Simulation nervöser Symptome.** Ein Lehrbuch für den Praktiker. Mit 24 Textabbildungen und 3 Tafeln. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1912. Seitenzahl 194.

Dr. jur. et med. h. c. **Kaufmann,** Präsident des Reichsversicherungsamtes. **Die deutsche Arbeiterversicherung im Kampfe gegen die Tuberkulose.** Vortrag auf dem 7. Internationalen Tuberkulose-Kongreß in Rom 1912. Verlag von Julius Springer, Berlin 1912. Seitenzahl 43.

Sanitätsrat Dr. **Mugdan. Einführung in die Reichsversicherungsordnung.** Vortragsreihe gehalten 13.—30. Oktober 1911 im Seminar für soziale Medizin, der Ortsgruppe Berlin des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Wirtschaftl. Abt. des Deutschen Ärztebundes). Allgemeine medizinische Verlagsanstalt G. m. b. H. 1912. Berlin SW. 48. Seitenzahl 95. Preis 2 M.

Dr. **Paul Riebel,** Assistenzarzt im Inf.-Regiment Nr. 67, Metz. **Nervöse Krankheiten des Mülheimer Eisenbahnunglücks vom 30. März 1910.** Sonderabdruck aus der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Verlag von S. Karger, Berlin, Karlstr. 15. Seitenzahl 38.

Dr. **Konrad Ruhemann,** Arzt in Berlin. Sonderabdruck aus der ärztlichen Sachverständigen-Zeitung. **Fall auf einen Holzhaufen infolge Gleichgewichtsstörung einem Rückenmarkskranken vom Reichsversicherungsamt als Betriebsunfall nicht anerkannt.**

Dr. **Knepper,** Landesmedizinalrat in Düsseldorf. **Welche Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung betreffs der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung muß der Arzt kennen?** Kurzer Wegweiser für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Renten- und Heilverfahren der Landes-Versicherungsanstalten. 2. Aufl. Druck und Verlag von L. Schwann-Düsseldorf, 1912. Seitenzahl 60. Preis 1 M.

---

[2]) Vgl. auch F. C. R. Eschle, Die Dynamik des organischen Betriebes. Ärztliche Rundschau 1911, Nr. 20.

[3]) Daß diese Warnung nicht unberechtigt ist, zeigen deutlich gewisse, namentlich von der sogen. „Naturheilkunde" begünstigte Strömungen. Ref.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.



30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.
Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 42. | Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. | 17. Oktob.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Die familiäre juvenile Hepatitis rascher Entwicklung mit Entartung des Corpus striatum: Progressive Linsenkern-Entartung (Wilson).

Von **Lhermitte**, Paris.[1])

Die Erfahrung hat gezeigt und die tägliche Beobachtung bestätigt den Satz, daß in der Nervenpathologie die Symptomenkomplexe weniger mit der Natur des anatomischen Prozesses als mit seiner Lokalisierung in Verbindung stehen; je vollständiger wir also die Symptome studieren, um so genauer müssen wir auch die Topographie der Läsionen, die im klinischen Bilde zu Tage treten, festzustellen suchen.

Leider ist es sehr oft nicht leicht, in einem gegebenen Falle die Erscheinungen, die durch direkte Zerstörung eines Zentrums sich ergeben, von andern zu sondern, welche nur von der Unterbrechung ihrer Verbindungen herrühren (Dissoziationsphänomene: Frau Cäcilie Vogt; Diaschisis: Monakow) und von noch andern, die auf der Funktionsanarchie der nun isolierten sekundären Zentren beruhen. (Freiwerdungsphänomene — Frau Vogt). Und so müssen wir, um tiefer in das Verständnis der Hirnfunktionen einzudringen, uns an diejenigen Erkrankungen halten, welche ein bestimmtes Zentrum oder Fasersystem auswählend und fortschreitend schädigen; dadurch werden wir befähigt, neue Systemensyndrome auszusondern, deren Lokalisierung um so leichter gelingt, je weniger Komplikationen sie bieten. Durch Befolgung dieser anatomisch-klinischen Methode und unter Zugrundelegung der genaueren Kenntnisse, die wir heute, dank den Arbeiten von Oskar Vogt und Brodman über die Mark- und Zellen-Architektur besitzen, ist Frau Vogt[2]) dazu gelangt, ein neues Syndrom, abhängig von einer Atrophie des Corpus striatum, zu isolieren.

Trotz des bedeutenden Volums der Ganglien des Corpus striatum und trotz des Reichtums ihrer Verbindungen sind unsere Kenntnisse von ihren Funktionen auch heute noch voller Unsicherheiten. Freilich fehlt es weder an Unterlagen noch an Hypothesen verführerischster und geistreichster Art: doch jene scheinen uns heute unbrauchbar, weil sie zu lückenhaft sind, und diesen fehlt nur die kritische Stütze

[1]) Uebersetzt von Dr. Rosenberger-Mülheim.

[2]) C. Vogt. Einige allgemeine Betrachtungen zum Syndrom des Corpus striatum. (Journ. f. Psychol. u. Neurol. 1911, XVIII, 4.)

stichhaltiger anatomischer oder physiologischer Tatsachen. Die Tatsachen, auf welche Frau Vogt ihre Aufstellung eines „Syndromes des Corpus striatum" stützt, trifft dieser Vorwurf nicht. Gemeinsam mit H. Oppenheim[1]) hat diese Autorin auf das Vorkommen einer kongenitalen und infantilen Form der Pseudobulbärparalyse hingewiesen, welche durch eine „marmorierte" Atrophie des Corpus striatum charakterisiert ist. Die von dieser Krankheit Befallenen zeigten keine Lähmung, dagegen einen sehr ausgesprochenen Spasmus der Gesichts-, Pharynx- und Larynxmuskeln; auch die Gliedmaßen erschienen in gleicher Weise hypertonisch. Dysphagie, Dysarthrie und Trismus waren sehr ausgesprochen. Athetotische Bewegungen, rhythmische Oszillationen, Begleitbewegungen waren mit der spastischem Kontraktur der Gliedmaßen verbunden; endlich traten Anfälle von Wein- und Lachkrämpfen dabei auf, doch ohne Lähmungen, ohne Störungen der Intelligenz oder der Sensibilität.

Die Läsionen im Nervensystem bestanden ausschließlich in einer sehr auffälligen Atrophie des Nucleus caudatus und des äußeren Segmentes des Linsenkernes; diese Gebiete zeigten bei Anwendung der Weigertschen Methode ein marmoriertes Aussehen. Die zentralen motorischen Bahnen, speziell die Rinden-Brücken, und die Rinden-Nachhirnbündel waren intakt, desgleichen das Kleinhirn-System. In einem andern Falle, den Frau Vogt mit S. Freund studierte[2]), fanden sich die gleichen klinischen und anatomischen Charaktere des Corpus-striatum-Syndromes.

Diese Tatsachen beweisen, daß das Corpus striatum nicht allein die Muskeln der Lippen, des Pharynx, der Zunge und des Kehlkopfs, sendern die gesamte Muskulatur des Körpers in einem Abhängigkeitsverhältnis hält, und daß eine unvollständige Zerstörung dieses Gebietes die Entwicklung eines sehr ausgesprochenen Zustandes, den choreatisch-athetotische Bewegungen begleiten, hervorruft. Die älteren unanfechtbaren Fälle einer isolierten Läsion des Corpus striatum, berichtet von Landouzy und Anton[3]), beglaubigen ebenfalls, wenn dies noch nötig wäre, das Vogtsche Syndrom.

Ist nun aber auch das Vorkommen des Corpus striatum-Syndromes in Verbindung mit einer marmorierten Atrophie des Putamen und des Schweifkerns unabweisbare Wirklichkeit, so wäre es doch verfehlt, daraus den Schluß zu ziehen, die Symptome, welche bei Veränderungen dieser Ganglien hervortreten, wären eindeutig und beschränkten sich auf Erscheinungen einer spastischen Pseudobulbärparalyse mit Chorea und Athetose. Denn es gibt eine Krankheit, bei welcher eines der grundlegenden anatomischen Merkmale in der fortschreitenden Entartung des Corpus striatum besteht und bei welchen die klinischen Erscheinungen komplizierterer Art sind: es ist dies die fortschreitende Entartung des Linsenkerns und Streifenkörpers bei der familiären juvenilen Hepatitis. Diese Erkrankung, die ihre Angriffe nicht auf das Zentral-Nervensystem beschränkt, sondern von sehr eigenartigen Leberveränderungen

[1]) H. Oppenheim u. C. Vogt. Natur und Lokalisation der kongenitalen und infantilen Pseudobulbärparalyse. (Journ. f. Psychol. u. Neurol. 1911, XVIII. 2. Semaine médicale 1911, p. 352.)

[2]) S. Freund u. C. Vogt. Ein neuer Fall von Marmorierung des Corpus striatum. (Journ. f. Psychol. u. Neurol. 1911, XVIII, 2.)

[3]) G. Anton. Über die Beteiligung der großen basalen Gehirnganglien bei Bewegungsstörungen und insbesondere bei Chorea. (Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. 1896, XIV, p. 141.)



begleitet wird, welche nicht den kleinsten Teil unseres Interesses beanspruchen, wurde bereits vor über zwanzig Jahren von Hómen[1]) und Ormerod[2]) beschrieben; allein die Beobachtungen dieser Autoren blieben, so lichtvoll sie waren, fast unbeachtet. Die durch Hómen festgestellten Tatsachen beziehen sich auf drei Kranke, welche im respektiven Alter von zwölf, zwanzig und einundzwanzig Jahren folgende Erscheinungen darboten: zuerst trat eine Unsicherheit im Gang hervor, sowie Dysarthrie und Dysphagie, dann kamen Kontrakturen hinzu, welche Finger und Ellenbogen in Beugehaltung fixierten. Hierzu gesellten sich psychische Störungen, gekennzeichnet durch Amnesie und eine allgemeine Abschwächung der geistigen Fähigkeiten, welche der Autor als progressive Demenz bezeichnete; ferner kam es zu gastro-intestinalen Störungen mit Erbrechen. Der Allgemeinzustand verschlechterte sich, und die Patienten erlagen zwei bis sieben Jahre nach Beginn des Leidens. Bei der Autopsie fand Hómen bei allen eine sehr deutliche Leberzirrhose, in einem Falle zugleich Milzvergrößerung. Bei zwei der Kranken, bei welchen eine anatomische Durchforschung des Zentral-Nervensystems vorgenommen wurde, fand man eine doppelseitige Erweichung der Linsenkerne, die sich in Zysten mit trüb-serösem Inhalt verwandelt hatten. Thalamus, Nuclus caudatus, Capsula interna und die Faserbahnen zum Hirnstiel und Bulbus waren intakt. Die Milz bot eine deutliche Sklerose, ebenso der Stamm der Aorta.

In der Beobachtung von Ormerod handelte es sich um einen vorher gesund gewesenen zehnjährigen Knaben, der eine Schwäche der rechtsseitigen Gliedmaßen darbot, worauf bald Dysphagie, Dysarthrie und Gehstörungen folgten. Auch die linke Seite wurde gleichermaßen paretisch und Kontrakturen auf beiden Seiten traten hinzu. Als Ormerod den Patienten untersuchte, stellte er eine Hypertonie aller vier Gliedmaßen fest, die sich paroxystisch steigerte und zu intensiven Spasmen führte. Auch die Gesichtsmuskeln waren unbeweglich infolge der Rigidität, und das Antlitz zeigte einen stupiden stereotypen Ausdruck; die Zunge konnte nicht vorgestreckt werden. Späterhin wurden die Kontrakturen so stark, daß die Gliedmaßen in Beugestellung fixiert blieben und die Zehen, unter die Planta pedis flektiert, das charakteristische Bild des Krallenfußes boten. Die psychischen Funktionen und der Allgemeinzustand verschlechterten sich gleichfalls, und nach einer kurzfristigen Besserung erlag der Kranke der fortschreitenden Kachexie. Wie in zwei der Hómenschen Fälle fand auch Ormerod bei der Autopsie eine intensive Leberzirrhose; die Leber sah aus wie mit groben Nägeln beschlagen; beide Linsenkerne waren erweicht, und zystisch entartet, ohne daß diese Läsion eine absteigende Degeneration hervorgerufen hätte.

Anno 1906 beschrieb Sir W. Gowers[3]) unter dem Namen „Tetanoide Chorea" eine in allen Punkten der von Hómen und Ormerod beobachteten gleichende Krankheit; auch hier kam es rasch

[1]) A. Hómen. Eine eigentümliche Familienkrankheit, in Form einer progressiven Dementia mit besonderem anatomischen Befund. Neurol. Zentralbl. 1. September 1890.

[2]) J. A. Ormerod, Cirrhosis of the liver in a boy with presence of fatal nervous symptoms. (St. Bartholemäus Hospital Reports 1890, XXVI. p. 57.)

[3]) Sir W. Gowers. On tetanoid chorea and its association with cirrhosis of the liver. (Rev. of Neurol. and Psychiatry, sept. 1906.)



zu tödlichem Ausgang, und Sir W. Gowers konstatierte bei der Autopsie eine unverkennbare Leberzirrhose; das Gehirn dagegen schien gesund.

So stand die Frage, bis S. A. K. Wilson Gelegenheit fand, im Laufe der letzten Jahre acht Fälle dieser so merkwürdigen Krankheit vollständig zu studieren. Zwar hatten die Arbeiten von Hómen, Ormerod, Sir W. Gowers uns bereits gewisse wesentliche Symptome und anatomische Merkmale des Leidens kennen gelehrt, doch verdanken wir unbestreitbar erst den Forschungen S. A. K. Wilsons unseren heutigen Kenntnisbesitz über den klinischen und anatomischen Charakter dieser Erkrankung. Man wird uns entschuldigen, ein wenig länger bei der fortschreitenden Entartuug der Linsenkerne zu verweilen, da wir uns hierbei über die Funktionen des Corpus striatum belehren, und auch auf die allgemeine Pathologie bei den viszeralen Veränderungen, die sie begleiten, zurückgreifen; — umsomehr, da Wilson sich bis heute auf eine summarische Mitteilung in der Pariser neurologischen Gesellschaft beschränkt hat mit dem Vorbehalt einer vollständigen Darlegung seiner Feststellungen in einer der nächsten Hefte der Zeitschrift „Brain".

I.

Die progressive Linsenkernentartung beginnt stets in einem jüngeren Lebensalter: das 10. und das 26. Lebensjahr bezeichnen die äußersten Altersgrenzen des Krankheitsbeginnes; das Prädilektionsalter wird zweifellos durch das 15. Jahr bezeichnet. Das Geschlecht scheint keinen wesentlichen Einfluß zu besitzen: die Statistik der Fälle von Ormerod, Hómen, Sir W. Gowers und Wilson ergibt ein Verhältnis von 7 Knaben auf 5 Mädchen.

In der Anamnese der Krankheit weist nichts auf irgendwelche Entstehungsursachen der Krankheit hin; jedoch verrät das Leiden einen sehr bemerkenswerten familiären Charakter und tritt mit Vorliebe in zahlreichen Familien auf.

Noch eine andere unerklärliche Eigentümlichkeit ist erwähnenswert: die Krankheit befällt in eigentümlicher Beständigkeit die ältesten Kinder.

Wir wissen nichts darüber, ob es prädisponierende Ursachen für die Entwicklung der fortschreitenden Linsenkernentartung gibt; trotz Hómens Hypothese spielt sehr wahrscheinlich die Syphilis keinerlei Rolle in ihrer Genese. Die Krankheit ist nicht erblich.

Mitten in vollster Gesundheit also, bei einem anscheinend völlig normalen Entwicklungsgange des Nervensystems, treten die ersten Erscheinungen der Krankheit hervor. Sie bestehen bisweilen in einem vorübergehenden Ikterus; doch zumeist erscheinen die Störungen im zentralen Nervensystem, ohne daß irgend etwas im Allgemeinzustand ihren Eintritt vorherzusehen gestattet hätte. Die Linsenkernentartung ist ganz vorwiegend eine Erkrankung des motorischen Systems; in keinem Fall bleiben die motorischen Funktionen verschont; das Studium ihrer Störungen ist also die erste Aufgabe.

Einen der grundlegenden klinischen Züge bildet das Vorkommen unwillkürlicher Bewegungen. Sie bestehen in einem echten, regelmäßigen Zittern, welches auf ziemlich rasch sich folgenden rhythmischen Kontraktionen antagonistischer Muskeln beruht; 4—8 Oszillationen kommen auf die Sekunde. Die Intensität dieses Zitterns steigert sich beim Aufmerken, bei willkürlichen Bewegungen, psychischen oder sinn-



lichen Erregungen. Bei Willkürbewegungen, die eine größere Muskelanstrengung erfordern, verringert sich das Zittern in der beanspruchten Gliedmaße, erscheint dafür aber, gleich als ob eine echte Ausstrahlung der Erregung vorläge in einem vorher von Zittern freien oder doch nicht so hochgradig befallenen Gebiete. Im allgemeinen zeigt sich das Zittern deutlicher am Endabschnitt als an der Wurzel einer Gliedmaße, und häufig verrät sich die Krankheit gleich zu Beginn durch eine Verschlechterung der Handschrift. In den ersten Phasen der Krankheit zeigt dies Zittern Remissionen; später bleibt es dauernd gleich und befällt auch den Rumpf und den Kopf. Wilson macht darauf aufmerksam, daß das Zittern in bestimmten Fällen, wenn man nämlich die Gliedmaßen in völliger Muskelerschlaffung stützt, verschwindet, z. B. im Schlafe. Auch die Zunge zittert; doch ganz anders wie bei der progressiven Paralyse: denn das Zittern verringert sich oder schwindet, wenn die Zunge kraftvoll vorgestreckt wird.

Begleitet wird das Zittern in beständiger Weise von einer ganz eigenartigen Muskelrigidität, welche in gewissen Fällen eine äußerst hohe Intensität erreicht. In der Regel beginnt diese Muskelrigidität an den unteren Gliedmaßen und erscheint ausgeprägter an den Muskeln der großen Gelenke.

Dadurch sind die Willkürbewegungen beschränkt, und nur mit äußerster Anstrengung vermag der Kranke seine Lage zu wechseln, sich umzudrehen und seine Hände zu gebrauchen. Um diese Kontraktur sichtbar zu machen, selbst da, wo sie nicht besonders deutlich ist, genügt es rasch nacheinander passive Beugungen und Streckungen, Abduktionen und Adduktionen der Glieder zu erzwingen; dabei findet man einen spastischen Zustand der antagonistischen Muskeln mit der Unmöglichkeit, rasch nacheinander Bewegungen entgegengesetzter Art zu bewerkstelligen. Bisweilen gestattet die Betastung einer ruhenden Gliedmaße die Wahrnehmung einer Spannung und einer eigentümlichen Härte der Muskelbündel. Die Muskelrigidität verschont weder die Muskeln des Halses noch die des Gesichtes; und so erhält der mimische Ausdruck bei fortschreitender Erkrankung das Stereotype; das unbewegliche Antlitz ähnelt ein wenig der Maske des Imbezillen oder des Idioten, dessen unabänderlich feststehende Züge keine Erregung verändert. Kopf und Hals werden gleichfalls zuletzt unbeweglich, und sogar in der Rückenlage bilden die kontrakturierten Kopfnickermuskeln zwei unter der Haut vorspringende Stränge. Im Gebiet der Gliedmaßen sind im allgemeinen die Beugemuskeln schwerer als die Strecker ergriffen, und dies verleiht dem Kranken folgende charakteristische Haltung: die Finger sind in die Handfläche eingekrümmt, die Vorderarme sind gebeugt, die Arme kleben am Thorax, Rumpf und Hals sind steif, und ebenso sind die unteren Gliedmaßen in allen Abschnitten flektiert.

Momentaufnahme eines an progressiver Linsenkernentartung leidenden Kranken. Krampflachen. Der stupide Gesichtsausdruck und die Kontraktur der Vorderarme, der Hand und der Finger treten deutlich hervor. (Fall von Wilson.)

In einem Falle von Sir W. Gowers bestand an Stelle dieser allgemeinen Beugehaltung eine entgegengesetzte: mit Streckung in allen vier Gliedmaßen. Bemerkenswert ist, daß die Starre der Muskel auch im Schlafe nicht nachläßt. Nur allein die Muskeln des Augapfels bleiben davon verschont.



Die Grenze zwischen Muskelsteifigkeit und echter Kontraktur ist leicht zu überschreiten, und sie wird in der Tat stets überschritten; Kontrakturen sind demnach laut Wilsons Angaben ein konstanter Befund bei der progressiven Linsenkernentartung. Sie lokalisieren sich zu Anfang in den Muskeln der distalen Gliedabschnitte, später werden auch die Muskeln der Gliedwurzel ergriffen, und so werden nicht allein die aktiven, sondern ebenso die passiven Bewegungen unmöglich.

Diese so stark betonte Hypertonie beteiligt nun auch regelmäßig die Muskeln des Schlundes und des Kehlkopfs; in allen Wilsonschen Fällen wie in denjenigen Hómens und Ormerods bestand eine mehr minder vollständige Anarthrie, die es dem Patienten unmöglich machte, irgend ein Wort, und bisweilen irgend eine Silbe korrekt auszusprechen.

Gleichzeitig und oft in gleichem Grade, wie die Dysarthrie, entwickelt sich eine Dysphagie. Auffällig wirkt die Feststellung, daß die kontrakturierten oder rigiden Muskeln zugleich einen entsprechenden Teil ihrer Kraft eingebüßt haben: der Kranke ist nicht imstande, die geringste Muskelanstrengung eine Zeitlang fortzusetzen. Z. B. kann der willkürlich-aktive Lidschluß nicht in längerer Dauer festgehalten und ebenso die Zunge nicht lange ausgestreckt gelassen werden. Wie Wilson es sehr richtig beurteilt, handelt es sich hierbei nicht um eine Paralyse, sondern weit eher um eine Muskel-Asthenie, welche Bewegungen nicht verbietet, jedoch ihre Wiederholung hindert und andauernde Anstrengungen unmöglich macht.

Im Gegensatz zur Intensität der motorischen Erscheinungen sind die Störungen der Sensibilität ganz geringfügig und inkonstant; nach Wilson gehören sie nicht zum reinen Bild der Linsenkernentartung.

Durch die Muskelsteifigkeit oder die Kontrakturen wird es sehr schwer, ein Urteil über den Zustand der Sehnenreflexe zu gewinnen. Indes beweist nichts ihre Steigerung, und in keinem Falle bestand Fußklonus oder Patellarzittern. Die Hautreflexe scheinen nur selten qualitativ oder quantitativ verändert. Bei drei Kranken, die Wilson nach dieser Richtung hin prüfte, erfolgte der plantare Hautreflex mit Beugung; bei einem vierten Kranken war Babinski auf einer Seite positiv; doch deutete kein sonstiges Zeichen auf eine Störung der Pyramidenbahnen hin.

Neben den Störungen im Muskelgebiet, die den nie fehlenden Grundstock des klinischen Syndroms der progressiven Linsenkernentartung bilden, treten sehr häufig gewisse pathologische Erscheinungen hervor, welche die Zeichnung des Bildes ziemlich überladen erscheinen lassen: es sind die psychischen Störungen. Sir W. Gowers erwähnt bei einem seiner Kranken Nachlässigkeit, emotionelle Indifferenz, eine Stumpfheit pathologischen Grades; der Fälle von Ormerod bot alle Merkmale der Imbezillität. Sowohl in ihrer Stärke wie in ihrer Art bieten übrigens die psychopathischen Symptome der progressiven Linsenkernentartung viel Verschiedenheiten dar. Einige Kranke zeigen eine Art psychischer Starre mit Gedächtnisschwäche und Abnahme der Verstandes- und Urteilskräfte, die im Verein mit dem seelenlosen, blöden Gesichtsausdruck für einen dementiellen Prozeß sprechen würden.

Aber derartiges liegt nicht vor; die Abnahme der Verstandesschärfe, die Abstumpfung der Wahrnehmungen, die Abschwächung der gemütlichen Reaktionen gleichen doch nur sehr entfernt der psychischen



Einbuße bei Dementia praecox oder progressiver Paralyse. Sodann sind die Kranken weder zeitlich noch räumlich desorientiert; und so eng auch ihr geistiger Horizont, so stumpf ihre Eindrucksfähigkeit auch wird: bis zur letzten Krankheitsperiode funktioniert doch ihr Urteil richtig, und die Verbindung der Gedanken verläuft, wie dürftig ihr Inhalt auch ist, korrekt.

Neben dieser Form besteht noch eine andere, ziemlich abweichende, deren Charaktere Wilson ebenfalls präzisiert hat. Hierbei handelt es sich nun nicht mehr um eine mehr minder deutliche Erstarrung der seelischen Fähigkeiten, sondern um eine leichte Erregung mit einer sehr eigenartigen Euphorie. Die Kranken sind stets aufgezogen und belustigt, sie zeigen eine andauernde Heiterkeit, deren starker Gegensatz zum physischen Verfall etwas sehr Ergreifendes hat.

Fügen wir noch hinzu, daß die Kranken mit dieser Psychose-Form im allgemeinen sehr gefügig sind und ruhig und zufrieden bleiben. Immerhin bekamen einige der Wilsonschen Kranken bisweilen kurze Erregungskrisen mit Schreianfällen; und in einem Falle fand dieser Autor Illusionen und vorübergehende Gehörshalluzinationen.

Die psychischen Störungen, die — wir wiederholen es — ein konstantes Symptom dieser Linsenkernentartung bilden, besitzen hiernach zu proteusartige klinische Charaktere, als daß es möglich wäre, sie in den Rahmen einer bestimmten Psychose einzufügen; jedoch ist es leicht, ihre Grundzüge festzuhalten. Diese sind ein intellektueller Infantilismus und eine Abnahme der psychischen Aktivität; die Urteils- und Assoziationsfähigkeiten sind dagegen nicht verändert, sondern funktionieren einfach verlangsamt.

Recht häufig, zumal in den langsam verlaufenden Fällen erscheint die gemütliche Erregbarkeit gesteigert. Es besteht noch ein Phänomen, welches den Beobachter, wenn er nicht auf der Hut ist, irreleiten und ihm die Annahme eines tatsächlich nicht bestehenden geistigen Verfalls nahe legen könnte: wir denken an die Anfälle von Krampflachen, die beim geringsten Anlaß ohne jede Beziehung zu einer Gemütserregung sich einstellen können. Wichtig ist, daß niemals, wie es sonst gewöhnlich beobachtet wird, Weinkrämpfe mit diesen Lachkrämpfen gemischt auftreteu.

Bilden nach Wilson die bisher berichteten Erscheinungen die Basis der Krankheit, so ist anderseits auch das Fehlen gewisser pathologischer Symptome für die Stellung der Diagnose bei progressiver Linsenkernentartung von größter Wichtigkeit. Zu diesen negativen Symptomen hat man das Fehlen von Augenstörungen zu rechnen: die Pupille ist normal, und die physiologischen Pupillarreaktionen sind erhalten; Nystagmus fehlt.

Ferner findet man weder amyotrophische Störungen an irgend einer Stelle, noch fibrilläre Kontraktionen; weder irgend ein Zerebellarsymptom noch sonst ein Symptom, das mit irgendeiner Störung der motorischen Bahnen von der Rinde bis zum Rückenmark in Beziehung stände; endlich ist die Sensibilität absolut in Ordnung und bleibt es bis zum letzten Krankheitsabschnitt.

Trotz aufmerksamer Untersuchung findet man nur wenig von visceralen pathologischen Erscheinungen; bisweilen tritt Erbrechen auf, oder ein sehr geringer und sehr flüchtiger Ikterus geht dem Eintritt der ersten Symptome des Leidens vorauf. Nur allein der Verlust des Appetits scheint eine gewisse Bedeutung zu besitzen; es ist ein frühes



und regelmäßiges Symptom. Indessen bestand in einem Falle Wilsons Bulimie an seiner Statt. Wichtig ist die Bemerkung, daß während des ganzen Krankheitsverlaufes kein Symptom die Aufmerksamkeit auf die Baucheingeweide hinlenkt; die Leber ist weder hypertrophisch noch druckempfindlich; Aszites und Ikterus fehlen stets.

Nicht weniger auffällig ist die Beobachtung, daß, wenngleich die Erkrankung im großen ganzen eine progressive Entwicklung bietet, diese doch von Remissionen unterbrochen wird, welche entfernt an den Verlauf bei einer funktionellen Störung gemahnen. Doch haben diese Remissionen, so handgreiflich sie sind, stets nur eine kurze Dauer und beeinflussen die fatale Entwicklung der Linsenkernentartung nur in geringem Grade. Gewiß ist es schwierig, die Unheilbarkeit der Krankheit zu beweisen, da in den meisten Fällen die bestimmte Diagnose nur auf Grund des Sektionsbefundes sicher gestellt wurde; doch scheint die Möglichkeit einer Heilung recht unwahrscheinlich.

In den akuten Fällen tritt der Tod vier bis sechs Monate nach Auftreten der ersten Symptome ein; nimmt das Leiden einen chronischeren Gang, so beträgt seine mittlere Dauer gerade vier Jahre.

II.

Sind die soeben analysierten klinischen Phänomene in ihrer Natur und ihrer Gruppierung schon eigentümlich genug, um der progressiven Linsenkernentartung ein sehr eigenartiges Gepräge zu verleihen, so bestätigen es uns die bei der Autopsie gefundenen Schädigungen, daß wir vor einem klar abgegrenzten Krankheitstypus stehen. In den sechs Fällen, in welchen die anatomische Untersuchung möglich wurde, ergaben sich übereinstimmende Resultate. Die Leber, im ganzen atrophisch, erscheint beträchtlich deformiert: ihre gebuckelte Oberfläche ist übersät mit ziemlich umfänglichen, dicht gedrängt stehenden Vorragungen in der Größe kleiner Haselnüsse. Auf dem Schnitt erscheint das Lebergewebe blasser als normal und gesprenkelt: helle Zonen wechseln nämlich mit dunkleren, und mit der Lupe erkennt man, daß es sich um Parenchyminseln handelt, die voneinander durch mehr minder dichte Bindegewebszüge geschieden werden. Wilson fand im Gewebsbilde normale Parenchymgebiete, die mit nekrotischen oder in fettiger Entartung begriffenen Partien wechseln; zwischen den kranken oder noch relativ wenig veränderten Gebieten stehen Inseln von typisch degenerativer Bildung. Das sklerosierende Gewebe geht von den Interstitien der Pfortaderachse und der Gallengänge aus, umzieht oder durchschneidet die Leberläppchen und bildet so eine Art gemischter, zugleich intra- und extralobulärer Zirrhose; durch dieses je nach seinem Alter mehr weniger fibrilläre Gewebe schlängeln sich einige neugebildete Gallengänge. Die Milz ist nicht oder nur wenig vergrößert, und die andern Eingeweide zeigen keine erwähnenswerten Veränderungen. Doch müssen wir erwähnen, daß Hómen in einem Falle eine Sklerose der Milzgefäße und der Aorta fand.

Das Gehirn erscheint äußerlich absolut normal; nicht nur fehlt jede Herdläsion; auch die Windungen sind durchaus nicht atrophisch. Erst ein Horizontalschnitt läßt sofort die fundamentale Veränderung zu Tage treten, nämlich eine Atrophie und Entartung in erster Linie des äußern Linsenkernsegmentes und des Schweifkerns. In den Fällen



mit rascher Entwicklung erscheinen das Putamen und der Schweifkern einfach atrophisch, während in denjenigen Fällen, wo der Verlauf sich langsamer gestaltete, Putamen und Globus pallidus fast vollständig verschwunden sind und der Linsenkern durch ein zystisches Gebilde ersetzt scheint. Dasselbe erreichten in einem Falle von Hómen eine Ausdehnung von 3:1 cm. Zahlreiche Übergänge vermitteln diese beiden Extreme, und der am häufigsten gefundene Zustand besteht in Atrophie des Streifenkörpers (Putamen und Schweifkern), der wie ein Sieb von Lücken durchsetzt ist. Sehr bemerkenswert ist die Feststellung, daß inmitten dieser lakunären mit granulierten Partikeln gestopften Herde die Blutgefäße, welche diese Herde durchziehen und ihre Verteilung bestimmen, absolut unversehrt geblieben sind.

Die Entartung und Lückenbildung in den Geweben des Linsenkerns geht allem Anschein nach von der Umgebung der sie versorgenden Blutgefäße aus, doch liegt ihr ganz bestimmt keine Gefäßstenose oder -Obliteration zu Grunde. Ist es noch nötig, hinzuzufügen, daß als Parallelerscheinung, zu dieser Zerstörung des Streifenkörpers auch die Fibrae strio-thalamicae, strio-luysiae, der Forelsche Fasciculus lenticularis, die Linsenschleife entartet sind? Abgesehen von diesen sekundären Läsionen scheint das Hirn völlig frei von Veränderungen, und zwar auch wie dies Wilson nachweisen konnte, bei der histologischen Durchforschung mit Hilfe moderner histopathologischer Methoden. —

So tragen sowohl die klinischen Erscheinungen als auch die anatomischen Veränderungen dazu bei, diese familiäre juvenile Hepatitis mit progressiver Entartung des Corpus striatum in ihrer Besonderheit zu unterscheiden, und werden es uns gestatten, ihre Diagnose in künftigen Fällen zu treffen. —

III.

Die Unsicherheit unserer Kenntnisse in der Symptomatologie des Corpus striatum und unsere Unkenntnis der Beziehungen zwischen der familiären Hepatitis und der Linsenkernentartung verboten uns bisher eine präzise topographische und pathogenetische Diagnose gewisser spastischer Kinderkrankheiten. Diese Lücke haben die Forschungen von Frau Vogt, Oppenheim und Freund, sowie die Wilson'schen Untersuchungen jetzt ausgefüllt. Nunmehr ist es unmöglich, die progressive Linsenkernentartung mit einer andern Erkrankung zu vermengen. Die multiple Sklerose bietet, abgesehen von ihrer Seltenheit, sowie abgesehen davon, daß sie nicht als familiäre Krankheit auftritt, ein wesentlich anderes klinisches Bild, selbst da, wo sie auch zu Kontrakturen der vier Gliedmaßen und zu dysphagischen und dysarthrischen Störungen führt. Es bedarf kaum nochmals der Erinnerung daran, daß Nystagmus, Optikusatrophie, Störungen der Objektempfindung, der Sehnen- und Hautreflexe — alles häufige Sklerose-Symptome — bei der Linsenkernentartung fast konstant durchaus fehlen.

Nur ein Symptomenkomplex könnte in der Tat zur Verwirrung Anlaß geben, und dies umso mehr, da er sich zuweilen mit Symptomen der Corpus striatum-Entartung: verbindet; es ist dies die Pseudobulbärparalyse der Kindheit oder der Adoleszenz. So gesellten sich in einem



Wilson'schen Falle zu den Symptomen, die von der Schädigung der Linsenkerne herrührten, Erscheinungen, die auf eine Veränderung der Rinden-Brücken und Rinden-Bulbusbahnen (Fasciculus geniculatus) zu beziehen waren. Wir selbst können ein charakteristisches Beispiel anführen.

Es handelte sich um ein elfjähriges Kind, welches von Raymond und Lejonne[1]) in der Pariser Neurologischen Gesellschaft gezeigt wurde, das wir dann später mit Lejonne und Egger weiter beobachteten, und bei welchem wir eine vollständig anatomische Durchforschung des Nervensystems vornahmen.

Bei diesem kleinen Patienten, dem ältesten von vier Geschwistern, begann das Leiden im Alter von zehn Jahren mit motorischen Störungen im Gebiet der Bulbär-Nerven: nämlich mit Dysarthrie, Dysphagie, Krampflachen, dann wurden die oberen Gliedmaßen in rascher Folge behindert, und das Schreiben wurde sehr bald unmöglich, wie in den Wilson'schen Fällen. Bei der Untersuchung fanden Raymond und Lejonne eine deutliche Abnahme der Muskelkraft vorwiegend in den distalen Gliedabschnitten; sodann eine leichte Fazialisparese beider Seiten, wodurch das Gesicht einen etwas stumpfen Ausdruck bekam; die Zunge konnte nicht aus dem Munde vorgestreckt werden. Obwohl keine echte Lähmung des Larynx, Pharynx und Gaumensegels vorlag, machten der Schluckakt und die Stimmgebung große Schwierigkeiten. Die Stimme klang nasal, oft war die Wortbildung unklar, in den Mund genommene Flüssigkeiten flossen zur Nase heraus. Von Zeit zu Zeit waren die sonst starren Gesichtsmuskeln der Sitz synergistischer Kontraktionen, die plötzlich eintraten und verschwanden, genau in der Weise eines echten Zwangslachens. Endlich stellte man das Fehlen jeglicher Augenveränderungen sowie psychischer Störungen fest, und ebenso das Fehlen solcher Symptome, die eine Beteiligung der Pyramidenbahnen andeuten: die Babinski'schen und Oppenheim'schen Reflexe blieben normal, und ferner bemerkte man das vollständige Ausbleiben von Erscheinungen, die auf viscerale Störungen zurückzuführen gewesen wären. Auch der Harn war stets normal,

Dies ganze Symptomenbild, welches sich dem Syndrom der Pseudobulbärparalyse näherte, verschwand einige Monate nach dem Eintritt des Patienten in die Salpêtrière. Die Aussprache wurde wieder völlig klar, die Dysphagie verschwand, das Kind konnte mit Leichtigkeit laufen und sogar mit seinen oberen Gliedmaßen feine Bewegungen ausführen; die Zunge konnte leicht vorgestreckt werden, und die Gesichts- wie die Kiefermuskeln hatten ihre normale Kraft wiedergewonnen.

Diese so unerwartete und auffällige Besserung hielt nicht stand, und vier Monate später hatte sich die Lage sehr verschlechtert. Obwohl keine Muskellähmung vorlag, war der Kranke fast bewegungsunfähig geworden. Erhob er sich vom Bette zur Erledigung eines Bedürfnisses, so verharrte er reglos, mit blödem Gesichtsausdruck, unfähig das Geschäft zu verrichten, dessentwegen er seine Stellung

---

[1]) Raymond u. Lejonne: Pseudobulbärparalyse bei einem Kinde. Pariser Neurologische Gesellschaft, Sitzung vom 5. April 1906, s. neurolog. Revue. 30. April 1906, p. 379.



geändert hatte. Diese „motorische Ratlosigkeit" wurde von einer ausgesprochenen motorischen Koordinationsstörung begleitet, welche die einfachsten Verrichtungen, z. B. die Berührung eines bestimmten Punktes im Gesicht mit dem gestreckten Finger unmöglich machte. Bei solchen Versuchen traten in der Oberextremität, und zwar in den Antagonisten der zu den versuchten Bewegungen erforderten Muskeln, spastische Kontraktionen auf, welche selbst dann nicht nachließen, wenn der Finger zum Ziel gekommen war. Es zeigte sich noch folgende Erscheinung: befahl man dem Kranken, ein Ohr oder die Nase zu drücken und diese Geste festzuhalten, so bekam er das nicht fertig, infolge heftiger Spasmen in den Streckern des Vorderarmes. Diese Spasmen beeinträchtigten stark alle Willkürbewegungen, die dadurch etwas Sakkadiertes, Unkoordiniertes, Choreïformes bekamen.

Wahrscheinlich infolge der Spasmen im Bereich der Pharynx- und Larynx-Muskulatur wurden auch die Dysarthrie und die Dysphagie aufs neue wieder sehr stark. Bis gegen das Ende hin fand man keinerlei echte Lähmung, sondern ausschliesslich die Schwierigkeit und zuletzt die gänzliche Unfähigkeit, einen Impuls festzuhalten; z. B. konnte der willkürliche Lidschluß nur für Sekunden durchgeführt werden. Der bisher unbeeinflußt gebliebene Allgemeinzustand verschlechterte sich, die Gliedmaßen magerten ab, ohne daß man in irgend einer Körperregion eine lokalisierte Amyotrophie feststellen konnte.

Generalisierte epileptiforme Krisen traten hinzu; es folgte eine Abnahme der psychischen Fähigkeiten, und der Kranke erlag zwei und ein halbes Jahr nach Beginn des Leidens, ohne daß irgend eine pathologische Erscheinung auf eine Läsion der Organe des Thorax oder des Abdomens hingedeutet hätten.

Angesichts eines so deutlich pseudobulbären Bildes einigten sich Raymond und Lejonne auf die Annahme einer primären Entartung der gekreuzten Faserbündel; doch erlaubte uns die deutliche Rückbildung der Gehirnsymptome nicht, auf dieser Diagnose zu beharren, und so wurde sie in der Schwebe gelassen.

Die Autopsie, von Lejonne und von uns selber[1]) ausgeführt, zeigte, ebenso wie die histologische Untersuchung, eine äusserst deutliche Atrophie des Corpus striatum (vor allem Putamen und Nucleus caudatus), begleitet von einer Entartung im Putamen, welches wie ein Sieb von Lücken, die reichliche granulierte Körperchen enthielten, durchsetzt erschien. Die Gefäße dieses Gebietes waren gesund. Im Gebiet zwischen Corpus striatum und Thalamus zeigten weder die motorischen Faserbündel von Rinde zum Rückenmark, noch die von Rinde zu Brücke und Bulbus (fasciculus geniculatus) bei Färbung nach Marchi und Weigert irgend welche Entartung; nur im Stabkranz konnten wir bei Anwendung dieser Methoden diffuse Entmarkungsherde mit Unterbrechungen in den Markscheiden auffinden. Diese Entmarkungszonen zeigten keine bestimmte Lokalisierung; sie spotteten ebensowohl der Grenzen zwischen den Nervenbündeln wie auch der anatomischen Grenzen zwi-

[1]) Lejonne u. Lhermitte. Anatomische Untersuchung eines Falles von Pseudobulbärparalyse bei einem Kinde. (Pariser Neurolog. Gesellschaft, Sitzung vom 29. Juni 1911, s. Neurolog. Revue. 15. Juli 1911, p. 76.



schen den verschiedenen Gefäßterritorien und waren von keinerlei entzündlichen Prozessen begleitet.

Wir haben noch hinzuzufügen, daß eine einfache Atrophie im Corpus callosum bestand, und daß die Zellen der Rinde überall atrophisch und mit Lipochromgranulationen abnorm stark gefüllt waren.

Bei den innern Organen fanden wir eine mit bloßem Auge deutlich erkennbare Leberzirrhose, ohne daß an den sonstigen Organen der Brust und des Bauches Veränderungen erschienen. Betroffen von der Aehnlichkeit der Gehirnläsionen in den Wilsonschen Fällen mit dem Befund in dem soeben von uns mitgeteiltem Falle, haben wir ganz neuerdings die histologische Untersuchung der Leber, der Niere, des Pankreas, der Nebennieren und der Milz wieder aufgenommen. Wie auch Wilson, fanden wir eine Leberzirrhose, veranlaßt durch sehr dünne Faser-Ringzüge, die von den Pfortader- und Gallengangs-Interstitien ausgingen und Teile des Leberparenchyms isolierten. In den Bindegewebszügen verliefen einige neugebildete Gallengänge und stellenweise zeigte sich eine geringe Infiltration mit Lymphocyten. Die Elemente der Pfortader-Interstitien waren normal. Die durch ringförmige Faserzüge abgeschnürten Parenchym-Gebiete repräsentierten mehrere Lobuli oder auch nur Bruchteile eines Lobulus; die Bestandteile dieser Parenchyminseln waren verschiedener Art, wovon man sich übrigens schon mit bloßem Auge durch das gescheckte Aussehen der Schnittfläche überzeugen konnte. So waren einige Zonen in allen Teilen durch hypertrophische Leberzellen gebildet, die in regelmäßigen Fächern geordnet lagen; andere setzten sich aus atrophierten, mit Okerpigment und Fetttröpfchen vollgestopften Zellen zusammen; wieder andere zeigten verschiedene Grade der Nekrobiose. Hier finden sich also die drei Grundcharaktere der Leberschädigung genau wie in den Wilsonschen Fällen: Die knötchenweise Zellenhyperplasie, die Verfettung, die Nekrose. Nur beschränkten sich die visceralen Läsionen nicht auf das Drüsenorgan der Leber, sondern wir fanden daneben eine mäßige Pankreassklerose mit nekrotischen Herden, eine vorgeschrittene Sklerose der Milzpulpa mit verwaschener Zeichnung der Malpighischen Follikel und deutlicher Wand-Verdickung ihrer Gefäße. Von seiten der Niere ergab die mikroskopische Untersuchung chronisch-nephritische Läsionen mit diffuser Fibrosierung uud beginnender Sklerosierung der Glomeruli; die geraden Nierenkanälchen enthielten hyaline Zylinder und die Arterien eines bestimmten Kalibers zeigten Anfänge der Verkalkung. Die Nebennierenrinde war intakt, desgleichen das Herz, die Lunge und die quergestreiften Muskeln.

Es läßt sich wohl nicht leugnen, daß hier ein Fall von „progressiver Linsenkernentartung“ vorliegt; doch dies Beispiel enthält eine Lehre. Es zeigt, daß die Hepatitis rascher Entwicklung mit Entartung des Corpus striatum nicht unkompliziert zu bleiben braucht, und daß sie sich mit Schädigungen von Fasersystemen, welche weder in anatomischer noch in physiologischer Hinsicht mit dem Corpus striatum zusammengehören, verbinden kann. Es ist also von Wichtigkeit, in einzelnen Fällen die Symptome auseinanderzuhalten und zu bestimmen, welche Symptome speziell zu der Entartung der Linsen- und Schweifkerne zugehören.



IV.

Dabei gestatten uns die gesicherten Ergebnisse, welche durch Frau Vogt, durch Oppenheim, Freund und Anton gewonnen wurden, jedes paralytische Element auszuschalten. In der Tat existierte weder in den Wilsonschen Fällen, wie in den Fällen Sir Gowers', Ormerod's, Hómen's, noch in unserm eigenen Falle eine Paralyse im wahren Sinne des Wortes; Frau Vogt betont ihrerseits ausdrücklich das Fehlen jedes paralytischen Symptoms in der marmorierten Atrophie des Corpus striatum. Ebensowenig sind die Sehnenreflexe irgend merklich verändert; zwar sind sie infolge der Steifigkeit oder des Spasmus der Muskulatur schwer zu untersuchen, doch sind sie niemals gesteigert, wie etwa bei der Entartung der Cortico-spinalen motorischen Bahnen. Für die Hautreflexe ist diese Frage noch schwieriger zu entscheiden. Indessen schien nur in seltenen Fällen der Ablauf dieser Reflexart verändert; in einem Falle Wilsons war das Babinskische Zehenphänomen positiv, bei einem der von Frau Vogt und Oppenheim beobachteten Kranken verlief bei der letzten Untersuchung der plantare Hautreflex mit beiderseitiger Streckung. Merkwürdigerweise kann das Babinskische Zeichen im Syndrom des Corpus striatum intermittierend auftreten und ausbleiben, sodaß man mit Frau Vogt die Frage aufwerfen möchte, ob nicht beim Zehenstreckungsphänomen zwei Verhaltungsweisen zu unterscheiden wären, eine konstante echte Form des Babinski, und eine andere inkonstante, die von Spasmen abhinge und ebenso unregelmäßig wie diese verliefe.

Wie dem auch sei, so kommt unleugbar dem beständigen Vorhandensein des Zehenphänomens eine Bedeutung ersten Ranges zu, wenn es sich darum handelt, zu entscheiden, ob die motorische Bahn beteiligt ist oder nicht; während ein inkonstantes, intermittierendes Auftreten des Babinski absolut nicht gestattet, die Existenz einer Läsion im Bereich der Cortico-Spinal-Bündel zu behaupten, sondern sich unter Nebensymptomen, die auf Atrophie oder Entartung der Ganglien des Streifenkörpers beruhen, zeigen kann. Wollte man den Ursprung der intermittierenden Umkehrung des plantaren Hautreflexes genauer bezeichnen, so würde man zur Zeit nur gewagte und also wertlose Hypothesen geben können. Sensible und trophische Störungen gehören nicht zum Corpus-striatum-Syndrom.

Für das Verständnis der Krankheit wichtig ist noch, daß die reine Atrophie der Linsen-Streifenkörperkerne, wie die Feststellungen von Anton, Frau Vogt, Oppenheim und Freund beweisen, keine psychische Störung herbeiführt. Und doch haben bei keinem der von progressiver Linsenkernentartung befallenen Kranken psychische Störungen gefehlt. Auch unser kleiner Patient zeigte in der letzten Krankheitsperiode eine bedeutende Einschränkung seiner geistigen Fähigkeiten. Ging diese Einbuße hier offenbar auf die nachgewiesenen Rindenveränderungen zurück (Atrophie und fettige Entartung der Ganglienzellen), so erscheint ihre Herkunft uns bedeutend dunkler in den Wilsonschen Fällen, da dieser Autor keinerlei Veränderung des Hirnmantels entdecken konnte. Nichtsdestoweniger existiert ganz sicher kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Atrophie der Basalganglien und der Abnahme oder Umwandlung der psychischen



Funktionen. Dies wird uns durch die ganze anatomische Psychosenforschung bewiesen. [1])

Ganz anders verhält es sich mit den motorischen Störungen: die Spasmen, die Muskelsteifigkeit, die choreïformen oder athetotischen Bewegungen, das Zittern erscheinen als notwendiges Zubehör der Entartung des Corpus striatum; sie stellen die Elementar-Symptome, die integrierenden Bestandteile der Corpus striatum-Systemerkrankung dar. Hieran knüpfen sich Weinkrisen und vor allem Anfälle von Krampflachen, Dysphagie und Dysarthie; alles Symptome, welche stets bei den auf die Linsen-Streifenkörperkerne beschränkten Läsionen stark hervortreten, wie es Brissaud, Haliprê, Pierre Marie bestätigen.

Kontrakturen, Spasmen, choreo-athetotische Bewegungen, Zittern, Dysarthrie bis zur Anarthrie, Dysphagie, Krampfweinen und Krampf lachen bleiben bei eingehendster Analysierung als die Grundelemente des Corpus-striatum-Syndromes übrig. Damit soll sicherlich nicht gesagt sein, daß diese Symptome nicht auch der Ausdruck für andere Störungen sein können, doch werden sie dann weder die gleichen Charaktere noch die gleiche Gruppierung aufweisen und es wird die Gegenwart anderer Zeichen eine Zurückführung auf den wirklichen Ursprung gestatten.

V.

Das anatomisch-klinische Syndrom der infantilen familiären Hepatitis mit Entartung des Corpus striatum erscheint uns demnach als ein zusammengesetztes Syndrom, in welchem die Striatum-Symptome offenbar überwiegen, worin jedoch noch gewisse Elemente erscheinen, welche auf Läsionen im Bereich anderer Zentren, als des Corpus striatum, zurückzuführen sind. Und so erscheint uns die Bezeichnung „progressive Linsenkernentartung", die Wilson vorschlägt, nicht vor jeder Kritik gesichert; sie berücksichtigt nicht die Entartung des Nucleus caudatus und ebenso das zweite wesentliche Glied der Erkrankung: die knotige Leberzirrhose. Wie wir betonten, fehlt dieselbe niemals, und das Fehlen jeglicher Leberläsion gestattet uns, die Diagnose einer progressiven Linsenentartung abzulehnen.

Auf den ersten Blick scheint es seltsam, eine Beziehung zwischen einem Leberleiden und einer quasi-systematischen Entartung im Zentralnervensystem aufzustellen; jedoch die Konstanz der Leberläsion, ihre Intensität, ihre speziellen anatomischen Merkmale verbieten die Annahme eines rein zufälligen Zusammentreffens. Wenn andererseits anch die Klinik bisher nicht gestattet hat, die Präzedenz der Leberveränderungen festzustellen, so berechtigt uns doch das Gesamtbild dazu, der Hepatitis in der Chronologie der Läsionen bei der „progressiven Linsenkernentartung" den Vortritt zu geben.

Wie es übrigens auch um diese bis jetzt unlösbare Frage stehen mag, jedenfalls können wir heute mit fast unbedingter Sicherheit die Diagnose einer Läsion des Corpus striatum stellen, und sogar bei Kindern oder Jugendlichen, wenn wir uns auf die klinischen Symptome stützen, den ursächlichen Vorgang genau bestimmen. Zwischen der marmorierten Atrophie des Corpus striatum einerseits und der „fortschreitenden Linsenkernentartung" andererseits bestehen wirkliche

[1]) Klippel und Lhermitte: Pathologische Anatomie und Pathogenese der Demenz-Erkrankungen. (Revue de Psychiatrie, Nov. 1905.)



Gegensätze, nicht allein in den anatomischen Läsionen, sondern auch im klinischen Symptomenbilde,

Die marmorierte Atrophie (Frau V o g t) ist angeboren und ererbt, die familiäre W i l s o n sche Linsenkernentartung weder angeboren noch ererbt; im ersten Falle zeigt das klinische Bild eine spastische Pseudobulbärparalyse bei unversehrter Intelligenz; dagegen erinnert im zweiten Falle das Bild durch die Muskelsteifigkeit und das Zittern weit mehr an die Paralysis agitans. Das V o g t sche Syndrom scheint unwandelbar und bleibt so, wie es ist, ein oft langes Leben lang bestehen; das W i l s o n sche Syndrom dagegen hat progressiven Charakter und führt nach durchschnittlich vierjährigem Verlauf zum unvermeidlichen Ende.

Fügen wir zum Schluß hinzu, daß, von allgemein-pathologischem Gesichtspunkte betrachtet, die marmorierte Atrophie des Corpus striatum auf einer Mißbildung oder einer ererbten Dystrophie zu beruhen scheint, während die Linsenkernentartung eine Krankheit des Gesamtorganismus darstellt, wie es uns die angezeigten Veränderungen der Verdauungsdrüsen, der Milz, der Niere und der Gefäße bezeugen. Obwohl noch sehr dunkel in ihrer Genese, eröffnet diese Krankheit uns einen neuen Horizont; zeigt sie uns doch eine Solidarität, welche das Nervensystem mit den drüsigen Apparaten äußerer oder innerer Sekretionen verknüpft, und pathologische Beziehungen, welche sich zwischen der Leber und dem Zentralnervensystem herstellen können, Beziehungen, deren Gesetze uns künftige Untersuchungen zweifelsohne noch klarstellen werden.

Ein amerikanisches Landeserziehungsheim.

Von Dr. Heinrich Pudor.

„Die Weißen bringen ihr halbes Leben damit zu, S a c h e n sich anzuschaffen. Die andere Hälfte des Lebens verbringen sie in Sorge um diese Sachen, die sie sich angeschafft haben". So sprach ein alter Indianer der amerikanischen Urwildnis, der erst das freie Leben seines Stammes an sich hatte vorbeirauschen sehen und dann mit erstaunten Augen auf das blickte, was man den Fortschritt der Kultur nennt. „Wozu gut sind Sachen, wenn die Menschen keine Zeit finden, wirklich zu l e b e n ? Oder soll man es Leben nennen, immer unter einem Dach zu wohnen, aber niemals eine Stunde zu haben, um still in der warmen Sonne zu sitzen ? In alter Zeit hatten wir keine „Sachen". Aber wir hatten die Welt offen. Sind die Weißen glücklicher als wir ? Ihr Antlitz trägt Spuren, wie solche gehetzten Wildes. Sind die Weißen weiser als wir ? Ich frage und frage. Es kam einst ein Weißer zu uns, Natur zu studieren. Die Weißen sagten, er sei weise; sie sagten, er habe die Weisheit „sprechender Blätter" (Bücher). Er ging, um etwas zu suchen und wurde von den Seinen getrennt — er war verloren. Weder bei den Sternen noch auf der Erde konnte er seinen Weg finden. Weder bei den Spuren der Tiere noch der der Menschen. Und er sollte doch weise sein ? Er konnte sich kein Obdach schaffen, kein Feuer machen, kein Mahl bereiten. Und er sollte doch weise sein ? Endlich fand man ihn und brachte ihn zurück. Aber ich fragte mich in meinem Herzen: Welchen Nutzen hat die Weisheit der „sprechenden Blätter", wenn ein Mann, wenn er allein ist, hilflos ist wie ein Säugling ?



Mit vorstehenden Worten beginnt ein Aufsatz „Ein Besuch auf den Craftsman Gütern. Zum Studium eines Erziehungsideals“ im neuen Hefte der vortrefflichen amerikanischen Zeitschrift „The Craftsman“. Und diese Erzählung ist nicht nur charakteristisch für die Überentwicklung (Hypertrophie) unseres Industrialismus — daß wir vor lauter „Sachen“ keine „Menschen“ mehr haben — sondern auch für den Amerikanismus im guten Sinne, für diese aus dem Westen der Erde kommende in die Urwildnis hineingeborene amerikanische Kultur, welche das gesunde Baby „Indianer“ sich an die Brust drückt, die vollgenährt ist mit der Milch europäischer Kultur. Und das sollte nicht eine gute Ernte geben?

Aber gerade auch diese Amerikaner sind jener industriellen Überkultur verfallen und drohen vor lauter „Sachen“ sich selbst zu verlieren und werden frühe siech und senil. Mehr noch als wir selbst kranken sie an den Übeln dieser industriellen Überspannung und an der Überschätzung des Geschriebenen und Gedruckten, des theoretischen Menschen, der vor lauter Weisheit das Atmen schier verlernt.

Deshalb dachten auch sie, die Amerikaner, an Wiedergeburt, an Neugeburt. Wie können wir unsere Jugend wieder stark machen, stark für das Leben, nicht nur gelehrt und weise?

Vor zwei Jahren kündigte der „Craftsman“ an, daß er „educational farms“ Landerziehungsheime einrichten wolle. Weit ab draußen von der Kultur, dort, wo noch das Tier den Menschen nicht kennt. Und Jeder könne dabei sein, der einen starken Arm und einen ehrlichen Willen habe. Es war eine Art Naturrecht-Kolonie beabsichtigt.

Zwei Jahre hörte man nichts mehr davon. Und nun belehrt uns die neue Nummer des Craftsman, daß aus der Robinsoniade eine sehr gesunde, brauchbare Sache geworden ist. Etwas Ähnliches, wie unsere Landerziehungsheime. Ich will deshalb auch aus jenem Aufsatz alles das verschweigen, was uns aus unseren Landerziehungsheimen bekannt ist, was wir dort ebenso gut oder besser haben, und nur an das mich halten, was uns zu neuem Erlebnis werden kann.

Wie wahr ist es, sagte der, welcher die Kolonie besuchte, daß wir zivilisierten Völker, Produkte des Stadtlebens und theoretischer Erziehung, die Lehren nie gelernt haben, die an der Wurzel unseres Daseins liegen. Ich glaube, daß Jedweder mindestens einen Teil jeden Jahres auf dem Lande leben sollte. Die Kompliziertheit des Stadtlebens macht uns nicht stark, sondern unselbständig und unsere Bedürfnisse werden immer künstlicher und geschraubter.

Wir sollten einen Teil des Jahres auf dem Lande leben, nicht nur um der Gesundheit unseres Körpers, sondern auch um der unserer Seele willen. Und wir sollten einen Teil des Jahres auf dem Lande leben, weil nur auf dem Lande Menschen wachsen, Kinder zu Menschen sich entfalten können. Der Gast zeigte mit der Hand auf das Feuer, das im offenen Kamin flammte. „Haben wir doch sogar geglaubt, etwas Besonderes zu tun, als wir das Feuer, die brennende Schönheit und Inspiration, in den Keller verbannten . . . . Eine Erziehungsschule müßte dem Knaben die Möglichkeit einer so gesunden organischen Vollbildung geben können, um ihn fähig zu machen, das Leben zu meistern mit hartem Willen, starkem Leib und frischem Intellekt. Werkarbeit sollte zuerst kommen und vor allem, und Studium zu zweit und als Ergänzung.“

Und der Vorstand der Erziehungsschule sagte: „Was das Studium

betrifft, so lehre ich dem Knaben denken vor allem, nicht auswendig lernen. — Diese Landhäuser hier sind für die Eltern der Knaben, welche, hoffe ich, ihren Sommer auf unserem Heim verbringen werden, um das Leben mitzuleben, das ihre Kinder erziehen hilft. Und im Winter können die Eltern für den Sonntag (week end) kommen. Das Club-Haus wird ein Treffpunkt sein für Gesellschaften und allerhand Zusammenkünfte; hier können auch diejenigen Familien, die zu Hause nicht Küche halten wollen, Mahlzeiten und Erfrischungen bekommen."

Man sieht, dieses amerikanische Landerziehungsheim ist zugleich Sommerfrische und Winterfrische, Sanatorium, Reform-Kolonie und Landgut.

„Physische Kraft wird hier erworben ohne die ungesunden Eigenschaften des Sportes. Die Körper-Übung ist nicht Luxus-Sport, sondern Arbeit. Und die Würde der Arbeit soll der Knabe vor allem lernen. Aus dem Handwerkerstande sind ja auch die großen Männer hervorgegangen, — aus den Armen, welche die Stirn haben gegenüber den Grausamkeiten und Versuchungen des Lebens und welche die Last des Lebens zu tragen vermögen.

„Und der amerikanische Farmer ist Pionier. Er trifft entweder auf eine Wildnis oder auf fortwährende Veränderung und Entwicklung. So ist die amerikanische Farm eine Schule des Charakters. Man sagt: Für die Jugend Werkarbeit, für das Alter Theorie. Das gilt vielleicht auch von Nationen.

„Wir wünschen hier den Knaben in ein ideales Heimleben hineinzusetzen. Denn Erziehung darf nie vom Heime sich entfernen. Die Familie mit all ihren Liebespflichten ist die erhabenste menschliche Institution, die die Menschheit hervorgebracht hat. Sie ist ein heiliges Erbe der Menschheitsgeschichte. Wenn aber das Heim in einer übervölkerten Stadt liegt, so muß man einen Kompromiß schließen."

„Und dann: Kein großes Werk ist jemals getan, wenn nicht inspiriert durch eine innere Vision. Das Land, die Natur aber nährt die Inspiration . . . ."

Als der Gast ging, gingen ihm die Worte wieder durch den Kopf, die wir an den Anfang stellten: „Uns Indianern scheint es, als ob die Weißen nichts von der wirklichen Welt wissen. Sie verstehen nicht den Wald, nicht die Tiere, nicht die Blumen, nicht den Wind, nicht die Stimme der Erde und nicht die Stimme der Luft und nicht die Stimme des Wassers. Zu uns sprechen alle diese Dinge. Von ihnen und von den Bergen kommen zu den Menschen die Botschaften von Tirawa, dem Unfaßbaren da droben . . . ."

Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie u. path. Anatomie.

Grafe, E. (Heidelberg) und **Koch, R.** (Frankfurt a. M.), **Über den Einfluß langdauernder, starker Überernährung auf die Intensität der Verbrennungen im menschlichen Organismus.** (Deutsch. Archiv für klin. Medizin 1912, 106. Bd., S. 564—591.)

Es will mir scheinen, als ob die Begriffe Ernährung und Ernährungstherapie in manchen Köpfen viel Unheil angerichtet hätten. Man basierte



den ganzen Vorgang auf die der Physik entnommene Kalorien-Wertigkeit der einzelnen Nahrungsmittel und wähnte, je mehr man Kalorien in den Menschen hineinstopfe, um so vorzüglicher sei die Ernährung. Ein instinktives physiologisches Gefühl ließ mich während meiner Assistentenzeit dem Ansinnen, unterernährten und appetitlosen Patienten Milch literweise in den Magen einlaufen zu lassen, einen passiven Widerstand entgegensetzen, und in der Folge sind in der Tat wieder physiologische Vorstellungen an die Stelle falsch angebrachten physikalischen Denkens gerückt. Ein Beweis für diese Wandlung ist die vorliegende Arbeit, welche über den Effekt fortgesetzter Überernährung (54 bezw. 51 Tage) bei einem 35jährigen Arbeiter und einem 14jährigen Jungen berichtet. Der erstere war infolge eines stenosierenden Ulcus ventriculi, das die Gastroenterostomie erforderlich machte, stark abgemagert (Gewicht 42 Kilo bei 156 cm Körpergröße), bei dem Jungen handelte es sich um eine chronische Bronchitis.

Daraus erhellt, daß, wenn der Körper einmal sein Normalgewicht erreicht hat, daß dann eine weitere Überernährung eine gewaltige Steigerung der Verbrennungen auslöst, welche fast das ganze Plus verzehrt und nur zirka 15% zum Ansatz kommen läßt. Beachtenswert ist, daß die Steigerung der Verbrennungen am Anfang des Versuchs plötzlich sehr hoch wird, dann rapid fällt und im weiteren Verlauf wieder ansteigt. Offenbar handelt es sich um zwei verschiedene Prozesse: die erste Steigerung ist durch die ungewohnte Überlastung bedingt, die zweite durch die Beseitigung des überflüssig Aufgenommenen. Im Hinblick auf die im realen Leben sich darbietenden individuellen Schwankungen führen die Verfasser eine verschiedene Oxydationsintensität des Protoplasmas ein, welche den Ansatz bezw. die Bildung lebendiger Substanz reguliert. Damit haben sie gewiß recht und ebenso mit der Annahme, daß diese Kette von Vorgängen nur ganz allmählich zu beeinflussen sei, daß mithin eine Mastkur sich nur ganz vorsichtig und langsam steigernd durchführen lasse. —

Man sieht, das, was man gemeinhin Ernährung nennt, ist eine recht komplizierte Sache. Mit der Berechnung von Kalorien wird ein Vorgang nicht erklärt, auf welchen des alten Cato Spruch paßt: „Saepe audivi, inter os et offam (zwischen Mund und Bissen) multa intervenire posse.“

Buttersack-Trier.

v. Oefele (New-York), **Die quantitative Urinanalyse mit besonderer Berücksichtigung des Karzinomstoffwechsels.** (New-Yorker med. Monatsschr. Mai 1912.)

Kessler, E. (New-York), **Meine Erfahrungen mit verschiedenen Selenpräparaten in der Karzinomtherapie.** (Ebenda.)

Kiliani, O. (New-York), **Präparate von Tumor-Mäusen, behandelt mit Wassermann's Eosin-Selenium.** (Ebenda, Juniheft.)

Die Literatur über die Therapie des Karzinoms wird zusehends umfangreicher, nicht zuletzt von deutsch-amerikanischer Seite, auf der besonders die in der New-Yorker deutschen med. Gesellschaft gehaltenen diesbezüglichen Vorträge und Demonstrationen mit den sich daran anschließenden Diskussionen interessieren. Unter Übergehung der dabei zur Sprache gebrachten verschiedenen Prioritätsfragen sei aus ihnen Nachstehendes zusammengefaßt. v. Oefele hat (Vortrag vom 4. 3. d. Js.) bei einer Reihe von Karzinomkranken 3 eigentümliche Urinbefunde erhoben, die um so ausgesprochener waren, je rascher der Tumor wuchs und je näher der Exitus war: ein niedriges spezifisches Gewicht, bei relativ normalem Chlorgehalt und stark erniedrigtem Gehalt an Schwefelsäure. Besonders charakteristisch ist die Minderoxydation des Schwefels, welche der Grundfehler des Stoffwechsels bei Karzinom sei. Eine zielbewußte Karzinomtherapie müsse daher zunächst den Schwefelhaushalt des Organismus regeln, und Selen sei jenes Element, welches allein die Oxydation des Schwefels zweckmäßig erhöht. Es reißt verfügbaren Sauerstoff an sich und überträgt ihn an Schwefel. Im Tumor ist nur eine begrenzte Menge Sauerstoff vorhanden. Im Anschluß an v. Oefele besprach Dr. E. Keßler seine Erfahrungen mit verschiedenen Selenpräparaten in der Karzinomtherapie. Er kommt zu



dem Schluß, daß, da zur Erzielung eines Resultats kleine Mengen des Mittels lange fortgesetzt gegeben werden müssen, sich ein Selenpräparat am meisten für die Therapie empfehle. Es ist leicht löslich, wird leicht resorbiert, leicht wieder ausgeschieden und dringt in jede Zelle ein. Im übrigen sei die Auswahl an verwendbaren Selenpräparaten sehr groß, und K. hat sowohl das Selendioxyd, Natrium-Seleno-Zyanat als auch das Kalium-Seleno-Zyanat und Kalium-Seleno-Eosinsalz verwendet. Was die Dosis betrifft, so kann nach K. mit 1 mg der gewöhnlichen Präparate begonnen und vorsichtig allmählich bis 3 mal täglich 4 mg gestiegen werden, und zwar in Pulver- oder Pillenform, als Lösung oder in Gelatinekapseln. Der Erfolg, insbesondere in bezug auf die Oxydation des Schwefels, sollte mindestens alle 5 Wochen durch Harnanalyse kontrolliert werden. Indiziert sei Selen vorläufig bei nicht operablen Karzinomen oder bei nicht operablen Metastasen oder Rezidiven nach Operationen, später würden sich die Indikationen vielleicht dahin erweitern, daß nach jeder Karzinomoperation Selen zur Nachbehandlung gegeben wird. Wahrscheinlich würde sich dadurch auch das Indicationsgebiet für die Operation einschränken lassen, insofern die rezidivierenden Reste im umliegenden Gewebe durch Selen unschädlich gemacht werden. Eine seiner wesentlichsten Krankengeschichten (welche? Ref.) gehört nach K. bereits der Literatur an, andere Fälle seien nicht so ausführlich beobachtet, eigneten sich aber zur Ergänzung der bereits gewonnenen Erfahrungen. Weitere Kranke stünden zur Zeit noch in Behandlung, überdies hätte eine Anzahl der anwesenden Kollegen auch schon genügende Erfahrung in der Karzinomselentherapie gemacht, deren etwaige Äußerungen zur Sache jedoch nicht wiedergegeben sind.

In der Diskussion machte Dr. Riedel historische Bemerkungen über ältere und älteste Methoden zur Krebsbehandlung, namentlich zur Zeit der Asklepiaden, und Dr. E. G. Keßler solche über die Diät bei Karzinombehandlung, welche, da es sich hier um charakteristische Stoffwechselstörungen handele, teils animalisch, teils vegetarisch sein müsse und bei der das reine Kasein der Kuhmilch vorzuziehen sei. Vegetabilien, die viel Schwefel enthalten (Senf, Meerrettig, Rettig, Lauch- und Zwiebelarten, Kohlblätter, Champignons) seien zu vermeiden.

Gelegentlich der Demonstration Dr. O. Kilianis (Präparate von Tumor-Mäusen, behandelt mit Wassermanns Eosin-Selenium), über die jedoch nicht näher berichtet wird, hatte dieser geäußert, daß die Wirkung des Selens auf Karzinom seiner reduzierenden Eigenschaft zuzuschreiben sei, worauf v. Oefele nochmals in scharfer Weise gegen den Vortragenden die oxydierende Eigenschaft des Mittels betonte. Dr. Fred Klein berichtete über einen Fall von mit Selen behandeltem Magenkarzinom. (Näheres fehlt.) Auf eine bezügliche Anfrage Dr. H. Riedels antwortete v. Oefele, daß die Aufstellung, Wassermann sei der Erste gewesen, der bei entfernter Applikation eines Arzneistoffes eine elektive Wirkung beobachtet und einen solchen Stoff durch einen anderen in seiner Diffusionsfähigkeit gesteigert habe, unrichtig sei. Beides sei bereits vor 20 Jahren geschehen, wo die Möglichkeit einer solchen elektiven Wirkung auf Narbengewebe am Thiosinamin beobachtet und dessen Diffusionsfähigkeit durch Natr. salicyl. gesteigert worden sei. Die Vereinigung von Thiosinamin und Natr. Salicyl. ist das käufliche Fibrolysin. Peltzer.

v. Eisler, M. (Wien), Über den Einfluß des Formalins auf rote Blutkörperchen. (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.)

Eine Konservierung der Blutkörperchen findet statt durch Zusatz von 2 Prom. Formalin zu 5 proz. Hammelblutaufschwemmungen. Das Formolblut ist gegenüber verschieden hämolytisch wirkenden Stoffen (Saponin, Alkohol, spezif. Immunserum) bedeutend resistenter als normales Blut. Auch ist das Formolblut imstande, im Tierkörper die Bildung hämolytischer Immunkörper auszulösen. Auch diese Sera wirken auf Formolblut viel schwächer als auf normales. Die Agglutination des Formolblutes durch spezifisches Serum ist nur wenig schwächer als die des gewöhnlichen Blutes, dagegen



besteht zwischen den beiden Blutarten ein deutlicher Unterschied für die Rizinagglutination." Schürmann.

v. Eisler, M. u. Löwenstein, E. (Wien), Über den Einfluß des Formaldehyds auf Blutserum.

Nach dem Zusatz von Formaldehyd zu Blutserum tritt eine Bindung desselben an die Eiweißkörper ein. Das Serum nimmt dabei oft eine grünliche Färbung an, es wird opaleszierend und dickflüssig. Das Formolserum wird leichter fällbar durch Ammonsulfat und auch durch spez. Präzipitin, wogegen die Fällung nach Verdünnung mit aqua destillata nicht mehr auftritt. Die Antitoxine bleiben durch Formaldehydeinwirkung erhalten und zeigen sich nur gering abgeschwächt. Stark abgenommen hatten die lytischen Antikörper, ebenso war die fällende Funktion der Agglutinine und Präzipitine nicht mehr nachweisbar. Das Eiweiß des Formolserums wird durch spezifisches Präzipitin gefällt und besitzt die Fähigkeit, Präzipitin im Tierkörper zu erzeugen. Ferner ist Formoleiweiß auch imstande, Meerschweinchen für nachträgliche Injektion von normalem oder Formolserum überempfindlich zu machen, andererseits bei mit normalem Serum präparierten Tieren Anaphylaxie auszulösen. Schürmann.

Gocham and Lisser, Hemolysis in vivo and in vitro as diagnostic of cancers. (Americ. journ. of the medical sciences 1912, H. 7.)

Die von Elsberg - Neuhof und Geist beschriebene Methode ist nach den Prüfungen der Verfasser nicht spezifisch für Karzinom.

v. Schnizer-Höxter.

Delbet, P., Herrenschmidt, A. und Beauvy (Paris), Chloroform und Nebennieren. (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 138, S. 85/86.)

Seit mehr als zwei Jahren ist Delbet den Beziehungen zwischen Chloroform und Nebennieren nachgegangen und kam dabei zu folgenden Resultaten:

Die Nebennieren besitzen eine außerordentliche Affinität für Chloroform, so daß man aus ihrem Chloroformgehalt bezw. den charakteristischen Veränderungen auf die Dauer der Narkose schließen kann. Diese Veränderungen bestehen in einer von den Randpartien nach dem Mark hin zunehmenden Verfettung (inwieweit es sich dabei um Lezithine handelt, konnte nicht eruiert werden), sowie in einer Verminderung des Adrenalins und der chromaffinen Substanz. Die Reparatur erfolgt etwa binnen 12 Stunden.

Delbet ist überzeugt, daß ähnliche Prozesse sich auch in den anderen Organen, insbesondere in Leber, Schilddrüse und Hypophysis, abspielen, hält aber jene in den Nebennieren klinisch für die bedeutungsvollsten. Die allgemeine Mattigkeit und Sterbensmüdigkeit, sowie die Schwäche des Pulses, welche man häufig nach Chloroform-Narkosen trifft, bezieht D. auf Insuffizienz der Nebennieren. In höheren Graden geht dann diese in den Exitus letalis über, welcher einem langsamen Erlöschen gleicht und sich dadurch scharf von dem dramatisch bewegten Tod durch Embolien unterscheidet. Der erfahrene Chirurg hat gewiß Recht mit seinem Satze, daß man Embolien häufiger diagnostiziert als sie tatsächlich vorkommen.

Die naheliegende Konsequenz ist, die mangelnde Neben-Nierentätigkeit durch subkutane Adrenalin-Injektionen zu ersetzen. D. hat das getan und hat seitdem ruhige Narkosen ohne fatale Nachwirkungen. Zumeist genügt eine einmalige Injektion von Adrenalin 0,0004 (= 0,4 mg) vor der Narkose; im Bedarfsfalle kann man dieselbe am gleichen Tage bezw. an den folgenden wiederholen. Ein Beweis für die Richtigkeit seiner Überlegungen liegt darin, daß die solchermaßen unterstützten Narkosen in der Klinik ausgezeichnet verliefen, nicht ebenso aber bei Privatpatienten in der Stadt. Nachforschungen ergaben, daß letzteren versehentlich nur 0,0002 Adrenalin injiziert worden war; seitdem sie ebenfalls 0,0004 bekommen, ist kein Unterschied mehr zwischen den Narkosen in der Stadt und in der Klinik.

Buttersack-Trier.



Leuret u. Esquier, Das Schicksal nicht-ejakulierter Spermatozoen. (Gazette Méd. 1912, Nr. 152, S. 200—201.)

Im Gegensatz zu Milian und Mamlock haben die beiden Autoren gefunden, daß die Samenfäden bei enthaltsamen Personen nicht mit dem Urin entfernt werden. Im Urin finden sie sich nur, wenn kurz zuvor eine Ejakulation stattgefunden hatte. Die Regel scheint zu sein, daß sie einem spermatolytischen Prozeß anheimfallen, über den wir aber nichts

Buttersack-Trier.

Bakteriologie und Serologie.

Simon (Zürich), Über spezifische Absorption schützender Antikörper aus Streptokokkenimmunserum. (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.)

Ein Teil seiner schützenden Eigenschaften geht dem Streptokokkenimmunserum durch Kontakt mit abgetöteten Streptokokken verloren. Am größten war der Verlust bei Vorbehandlung mit dem homologen Stamm, viel geringer, aber doch noch deutlich, bei Verwendung hetorologer virulenter Streptokokkenstämme. Kontrollversuche mit Staphylokokken ergaben keine nachweisbare Abnahme der Wirkung des Serums. Man kann also mit geeigneten Streptokokken in vitro die spezifischen Immunkörper des Streptokokkenserums absorbieren. Schürmann.

Toyoda, Hidego u. Yasuda (Tokuro), Über die Verbreitung der pestbazillenhaltigen Tröpfchen beim Husten der Pestpneumoniker und einige Untersuchungen über die Widerstandsfähigkeit der Pestbazillen in dem Sputum. (Centralbl. f. Bakt. Bd. 63, H. 2/3.)

Beim Husten der Pestpneumoniker werden pestbazillenhaltige Tröpfchen mindestens auf eine Entfernung von 110 cm von seinem Munde versprayt. Die Pestbazillen gehen im Sputum sehr rasch zu Grunde. Bei direktem Sonnenlicht waren sie in 2 Stunden abgetötet, bei diffusem Tageslicht und trübem Wetter jedoch erst nach 6 Stunden. Schürmann.

Manoiloff (Petersburg), Asthma bronchiale als anaphylaktische Erscheinung. (Centr. f. Bakter. Bd. 63, H. 7.)

Injiziert man einem Meerschweinchen, resp. Kaninchen frisch aktiviertes Serum eines Asthmakranken subkutan, intraperitoneal oder intravenös und nach längerer Zeit Kristallösung aus Sputum desselben Kranken bereitet, so tritt eine Reihe gefährlicher Erscheinungen auf, die den bei Anaphylaxie beobachteten gleich sind. Die Kontrolltiere zeigen keine Anaphylaxie. Verfasser nimmt an, daß man die Anwesenheit der Charcot-Leydenschen Kristalle im Sputum der Asthmakranken als die unmittelbare Ursache der Asthmaanfälle betrachten kann. Die Asthmasymptome haben große Ähnlichkeit mit den anaphylaktischen Erscheinungen. Schürmann.

Klein (Kiew), Zur Beobachtung der Zersetzung von Kohlehydraten durch Bakterien. (Centralbl. f. Bakt. Bd. 63, H. 4/6.)

Zu 1 ccm der Barsiekowschen Zuckerpeptorlösungen werden 2 Ösen einer 20 proz. Agarkultur der betreffenden Bakterien gegeben. Coli commune zersetzt Glukose nach 1 Stunde, Mannit und Milchzucker nach 2—3 Stunden. Man kann auf folgende Weise eine schnelle Differenzierung von Coli-Kulturen ausführen. „Ist eine 20 stündige coliverdächtige Kultur vorhanden, so empfiehlt es sich, von der letzteren 2 Ösen in 1 ccm Lackmusmilchzucker-Peptonlösung und 2 Ösen in ein kleines mit Zuckerbouillon gefülltes Einhornsches Röhrchen einzubringen. Die Zersetzung von Milchzucker, sowie die Gasbildung aus Glukose kann schon in den meisten Fällen nach 2—3 Stunden beobachtet werden.“ Schürmann.

v. Przewoski (Rostock), Beitrag zur Kenntnis der Morphologie und Biologie der Diphtherie und Pseudodiphtheriebazillen. (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.)

Eine Trennung der echten Diphtheriebazillen von den Pseudodiphtheriebazillen gelingt durch das verschiedene Verhalten auf Zuckernährböden (Diphtherie zerlegt Traubenzucker, Fruchtzucker und Mannose Pseudodiph-



therie dagegen nie); dann ist eine Differenzierung möglich durch den Agglutinationsversuch und durch die Komplementbindungsreaktion.

Schürmann.

Oker-Blom (Helsingfors), **Eine einfache Methode, Mikroorganismen aus der Luft aufzufangen.** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.)

Figuren, die der Arbeit beigegeben sind, illustrieren die Methodik, die an sich sehr einfach ist. Als Filter dienen hier nur etwa 3—5 Tropfen destilliertes Wasser. Nach den Angaben des Verfassers hat sich diese Methode bewährt. Näheres ist im Original einzusehen, da Beschreibung zu weitschweifig sein würde. Schürmann.

Semibratoff (Kronstadt), **Zur Frage über die bakteriziden und antiparasitären Eigenschaften des Phosgens ($COCl_2$).** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 63, H. 4—6.)

Das Phosgen äußert in Konzentrationen, die 10 % übersteigen, einige bakterizide Eigenschaften. Aber zur Desinfektion und zur Deratisation kann es nicht praktisch verwertet werden. Schürmann.

Nägler (Berlin), **Über Pseudospirochäten aus dem Meerschweinchendarm.** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.

Im Meerschweinchendarm fand Verfasser Spirochäten, die er nach eingehendem Studium als losgelöste und isoliert liegende undulierende Membranen der zahlreich vorkommenden Trichomonaden erklären mußte. Er nannte sie daher Pseudospirochäten. Daraus sieht man, „daß man beim Suchen nach Darmspirochäten vorsichtig sein muß im richtigen Diagnostizieren. Ohne die Kenntnis des Zusammenhanges der fraglichen Gebilde mit den Trichomonaden würde man sie gewiß als Spirochäten ansehen und aufs neue in den alten Irrtum bezüglich des Randfadens und der undulierenden Membran fallen.“ Schürmann.

Schepilewsky (Dorpat), **Fadenförmige Anhängsel bei den Trypanosomen.** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.)

Bei Trypanosomen wurden von Wasielewski und Senn stark verlängerte hintere Enden beobachtet, die sie auf eine mechanische Ausdehnung des Körpers während des Blutausstriches auf dem Objektträger zurückführen. Die von ihm beschriebenen Gebilde konnte er nicht färberisch darstellen, sondern nur bei Dunkelbeleuchtung sehen. Wendelstadt und Fellmer sahen ebenfalls bei ihren Versuchen über die Einwirkung von Kaltblüterpassagen auf Nagana- und Lewisi-Trypanosomen das hintere Ende der Trypanosomen lang ausgezogen; sie erwähnen in ihrer Arbeit schon, daß diese Verlängerung aus homogenem Protoplasma besteht und es ist daher vom Verfasser in seiner Arbeit gegebene Auffassung dieser Gebilde durchaus nicht neu. Schürmann.

Regenstein (Breslau), **Studien über die Anpassung von Bakterien an Desinfektionsmittel.** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 63, H. 2 u. 3.)

Es gelingt, Bakterien an Desinfektionsmittel zu gewöhnen, wie z. B. den Staphyl. aureus pyog., Bacterium Coli, Bakt. typhi an Phenol. Der an Phenol gewöhnte Staphylokokkenstamm erwies sich entsprechend resistenter als der Normalstamm und gegenüber den allernächsten Verwandten des Phenols, nämlich: Kresol, Kresolseifenlösung und Zinc. sulfocarbolicum. Aber bei zweiwertigen Phenolen, wie Resorcin und Hydrochinon, salizylsaurem Natrium, Formaldehyd, Methyl- und Äthylalkohol war seine Resistenz gegenüber der des Normalstammes nicht oder nur unwesentlich erhöht. Auch an Sublimat ließen sich Bakterien gewöhnen. Schürmann.

Kuhn (Kassel), **Einfluß von Zucker auf Hämolyse und Virulenz.** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 63, H. 1.)

Die hämolytischen Fähigkeiten der Bakterien verringern sich durch systematisch fortgesetzte Züchtung von Bakterien auf Zuckernährböden. Auf Blutagarplatten oder flüssigen Blutlösungen beeinträchtigt Zusatz von Zucker die Hämolysinbildung. Auch hindert der Zuckerzusatz die Bildung von Toxinen (Diphtherie).

Kuhn nimmt an, daß die Hämolysinbildung ein selbständiger fermentativer Prozeß und nicht mit der Virulenz identisch ist. Sie ist sehr von äußeren Umständen, von dem Stoffwechyel der Keime, von den Nährmedien,



auf denen sie wachsen und von der Gegenwart oder dem Fehlen von Zucker abhängig. Schürmann.

Aumann (Hamburg), **Vergleichende Untersuchungen über die Wirksamkeit bakterieller und chemischer Rattenvertilgungsmittel.** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 63, H. 2/3.)

Mit den Phosphorpräparaten die besten Resultate (100—96 Proz.), mit Meerzwiebelgiften noch zufriedenstellende (75—60 Proz.), mit bakteriellen Mitteln dagegen nur unbefriedigende Ergebnisse ($33^1/_3$—20 Proz.). Die Anwendung der üblichen bakteriellen Rattenvertilgungsmittel aus der Paratyphusgruppe ist in Hafenstädten wegen der pestgefährlichen Symptomenkomplexe, wie er durch die in Betracht kommenden Infektionserreger bei Ratten erzeugt wird, abzulehnen. Saprol bietet gewisse Vorteile bei der Befreiung alleinstehender Gebäude von Ratten. Schürmann.

Doerr und **Russ** (Wien), **Darstellung von Anaphylaxiegiften in vitro ohne Komplement.** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 63, H. 2 u. 3.)

Es gelingt, aus Eiweißantigen und Antiserum, in vitro akut tötende Gifte für Meerschweinchen zu erhalten. Die Giftwirkung lag entweder in den Präzipitaten oder den überstehenden Flüssigkeiten. Auf die Giftwirkung überhaupt übt das Mengenverhältnis von Antigen und Antiserum einen entscheidenden Einfluß aus. Die Symptome und der Obduktionsbefund waren dieselben wie bei der Anaphylaxie. Die Giftwirkung kann durch Zusatz minimaler Mengen von Natronlauge aufgehoben werden. Schürmann.

Bessau u. **Paetsch** (Breslau), **Über die negative Phase.** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 63, H. 1.)

Verfasser haben genaue quantitative Studien über den Antikörpergehalt des Blutserums vor und nach der Injektion des Antigens angestellt. Sie verwendeten Kaninchen, die sie mit Cholera bezw. El Tor, mit Erythrozyten immunisierten. Neben den Antikörperbestimmungen werden auch Titrationen des Komplementes vorgenommen.

Weder beim normalen noch beim sensibilisierten Tiere war bei den Choleraversuchen durch intravenöse Injektion von 1—2 Ösen Cholerakultur eine Herabsetzung des Bakteriolysingehaltes festzustellen. Bei einem sensibilisierten Tiere blieb auch der Agglutiningehalt unverändert. Trotzdem durch die Injektion kein nachweisbarer Aufbrauch von Antikörpern zu erzielen war, wirkten die Einspritzungen stets stark immunisierend. Auch wurde der Gehalt des Serums an hämolytischem Komplement durch die Injektionen nicht nachweisbar beeinflußt.

Bei den Blutkörperchenversuchen, die auch an normalen und sensibilisierten Kaninchen ausgeführt wurden, zeigte sich nur zuweilen eine ganz leichte Herabsetzung des Hämolysingehaltes; der Komplementgehalt wurde nicht deutlich verändert. — Im Tierversuch ließ sich der Nachweis der negativen Phase auf keine Weise mit Sicherheit erbringen. Die bei der Infektionsempfänglichkeit eine Rolle spielenden Komponenten, die Antikörper und das Komplement werden durch die Vakzination nicht sehr beeinflußt. „Wenn demnach bei klinischen Immunisierungsversuchen am Menschen hier und da eine zunächst schädigende Wirkung des Vakzins beobachtet wird, so wird man diese Schädigung nicht einfach als bekanntes und leicht zu deutendes Phänomen betrachten dürfen, sondern den eigentlichen Ursachen erst nachzuforschen haben.“ Schürmann.

Ruppert (Bromberg), **Über rotlaufähnliche Stäbchen beim Rinde.** (Centr. f. Bakter. Bd. 63, H. 7.)

Die Rinderstäbchen sind nach den Untersuchungen des Verfassers für Rinder normalerweise nicht pathogen, sie verschwinden vielmehr, einem Tiere einverleibt, bald aus dessen Organismus. Jedoch kommt eine Infektion von Rindern mit diesen Stäbchen häufiger vor, als man annimmt.
Schürmann.

Germán (Budapest), **Über Kreatininbildung der Bakterien (als differentialdiagnostisches Merkmal mancher Bakterien.)** (Centr. f. Bakt. Bd. 63, H. 7.)

Die Kreatininbildung erzielt man am besten in Peptonwasser (2 %



Witte-Peptor + $1/_2$ Proz. NaCl). Der Nachweis des Kreatinins geschieht mittels der Weylschen Reaktion (1 ccm 15 proz. Natronlauge und einige Tropfen 1 proz. Nitroprussidnatriumlösung zu 5 ccm des zu untersuchenden Materials. Bei positivem Ausfall der Reaktion tritt eine dunkelrote Färbung auf. Verfasser hat Versuche mit vielen Bakterien gemacht und Kreatininbildung nachweisen können bei Pseudodiphtherie, Koli, Vibrio Cholerae, Vibrio Metschnikoff, Staphylokokken, Pneumokokken, Proteus vulgaris usw. Bei virulenten Kulturen erfolgt die Kreatininbildung früher. Schürmann.

Sangiorgi, Giuseppe (Turin), Beitrag zur Kenntnis der pathogenen Blastomyceten. (Centralbl. f. Bakt. Bd. 63, H. 1.)

Verfasser isolierte aus einem Hunde einen Cryptokokkus, einen chromogenen Blastomyzeten; dieser Keim ist für Hunde und Kaninchen pathogen. Bei ersteren kommt es zu Temperatursteigerungen und ausgesprochener mononukleärer Leukozytose; bei Kaninchen verursacht er Geschwüre und Knotenbildung. Schürmann.

Innere Medizin.

Müller de la Fuente (Schlangenbad), **Zur Diagnose und Behandlung der reinen Herzneurosen. (Therapeutische Monatshefte 1912, Nr. 7.)**

Es gibt reine, leider allzu oft verkannte Herzneurosen ohne jede Veränderung am Herzen und ohne allgemeine Neurasthenie.

Unterscheidungsmerkmale: Bevorzugung des weiblichen Geschlechts, auch in der Zwischenzeit zwischen Pubertät und Klimakterium. Ursachen: mehr minder lange seelische Erregungen, Kummer, Sorgen, plötzliche Änderungen in der Vita sexualis.

Bei Männern seltener, hier geschäftliche oder geistige Überanstrengung. Langsames schleichendes Einsetzen des Leidens, aber raschere Entwicklung als bei organischen Affektionen zu quälender Höhe: erst Herzklopfen, leichte Beängstigung, dann plötzlich — wichtiges Unterscheidungsmerkmal — Angina pectoris als Einleitung einer schweren Neurose. Geringe oder gar keine Änderung des Blutdrucks, selbst nicht bei der Angina pectoris. Weiterhin Herzfraktur, auch in der anfallfreien Zeit, manchmal leichtes systolisches Schwirren an Spitze. Anfälle von Angina pectoris bei reiner Neurose. Spontan im Gegensatz zu der neurasthenischen, hysterischen, wo sie infolge einer bestimmten Ursache auftreten. Die reinen Neurotiker fühlen sich in der anfallsfreien Zeit ganz wohl, die Neurastheniker usw. nicht.

Behandlung: In erster Linie physikalische Heilmittel: Bäder, temperierte Luft (kühl und warm [steigend] abwechselnd) gegen Herzspitze 6—10 Minuten lang, Diätregelung, keinen Kaffee; aber immer vorsichtig individualisieren unter dem Gesichtspunkt des nil nocere. Intern Jod, Jodglidine.

Digitalis und Strophantus geben zwar prompten Erfolg, auf die Dauer aber auch empfindliche Nackenschläge durch Verschlimmerung.

v. Schnizer-Höxter.

Dumarest, F. und Bayle, M. (Sanatorium Mangini in Hauteville), **Erfolge mit Maraglianos Bakteriolysin bei Tuberkulose. (Bulletin méd. 1912, Nr. 48. S. 597—599.)**

Der vorsichtige Bericht über die Wirkung von Maraglianos Bakteriolysin bei 51 Tuberkulösen — alle zwei Tage 1 ccm subkutan — besagt, daß bei 20 das Allgemeinbefinden sich erheblich gebessert hat, daß aber eine Besserung der lokalen Erkrankungsherde nur bei 9 zu konstatieren war. Bei einzelnen Patienten drückte das Bakteriolysin das Fieber herunter; als aber nach 6 Monaten die Injektionen aufhörten, stieg die Temperatur sofort wieder an. Bei anderen war das Mittel nur einige Tage wirkungsvoll, bei wiederum anderen nicht einmal so lang.

Allerhand Nebenwirkungen, nach Art der Serumkrankheit, wurden beobachtet; aber sie seien leichter als bei anderen Injektionen.



Am erfreulichsten an dem Aufsatz erscheint mir der Schlußsatz, daß der alte klinische Blick der beste Führer des Arztes inmitten des schwankenden Meeres der Experimentaluntersuchungen sei (le vieil empirisme clinique doit rester le meilleur guide du médecin dans ses rapports avec le malade). Denn gerade auf die Vorgänge in der Medizin paßt Napoleons Satz: „Tout est système, tout est erreur.“ Buttersack-Trier.

Cathelin, F. (Paris), Die Gefahren der Tuberkulin-Therapie bei Nierentuberkulose. (Gazette méd. 1912, Nr. 145, S. 141.) **(Du danger des traitements dits spécifiques dans la tuberculose rénale.)**

Dem Tuberkulin geht es in der letzten Zeit nicht gut. Nachdem kürzlich ein angesehener Internist seinen Anwendungsbereich auf fieberfreie Patienten mit kräftiger Konstitution beschränkt hatte, spricht nun der Altmeister Cathelin unzweideutig sein Verdikt über die Anwendung der Tuberkuline bei Nierentuberkulose. Im Verfolg einer Polemik gegen Castaigne ist er den verschiedenen Mitteilungen aus chirurgischen Kliniken usw. nachgegangen und kommt zu dem Schluß, daß die Tuberkulin-Therapie nicht allein nichts nütze, sondern direkt gefährlich sei, weil sie den Kranken betöre, den Zeitpunkt einer Operation so lange hinauszuschieben, bis es zu spät sei.

In seiner Abneigung gegen das Tuberkulin geht Cathelin bis zu dem Satz: Wenn auch einmal ein wirklich heilendes Tuberkulin gefunden werden sollte, welches z. B. die Lungentuberkulose heilt, so wird selbst dann die neue Substanz bei der Nieren-Tuberkulose fehlschlagen.

Man kann das Urteil Cathelins für schroff halten. Allein er hat gewiß recht mit der Forderung, daß zunächst einmal unanfechtbare Beweise für die Heilwirkung des Tuberkulins beigebracht sein müßten, ehe man diese Substanz bei einer so verhängnisvollen Krankheit wie bei der Nierentuberkulose empfiehlt. Aber keine solide Basis sei vorhanden; es fehle jedes faisceau de preuves ou des protocoles d'expériences basés, tant sur l'animal que sur les données de la clinique, longuement étudiés pendant plusieurs années et d'où la vérité sortirait, séduisante et convaincante. Just die gleichen Bedenken wurden im Unglücksjahr 1890 von besonnenen Ärzten geäußert. Aber der Glaube an die Wundersubstanz hat weder Berge noch Tuberkula versetzt, sondern nur die treue Beobachtung und die ärztliche Logik über den Haufen gerannt. Mit Prometheus kann das Tuberkulin von sich sagen:

„Ich schloß den Blick den Menschen in ihr Sckicksal,
„Und blinde Hoffnung pflanzt' ich ihnen ein.“
(Aeschylus, Der gefesselte Prometheus.)

Buttersack-Trier.

Armand-Delille (Paris), Das Resumé des VII. internationalen Tuberkulose-Kongresses in Rom. (Bull. méd. 1912, Nr. 36, S. 453—455.)

Es ist interessant, das Fazit des letzten Tuberkulosekongresses von einem geistreichen Mann in wenigen Worten zusammengefaßt zu hören: Fehlschlag aller spezifischen Tuberkulose-Therapien — ungeahnte Heilerfolge durch das Seeklima und durch Heliotherapie — Verdrängung des bakteriologischen Gedankens durch den soziologischen, indem man weniger dem Bazillus nachstellt, als vielmehr den Organismus kräftiger, verteidigungsfähiger zu machen sucht. Dem Schlachtruf der einen: „Guerre au bacille!“ stellen die anderen diesen: „Guerre au taudis!“ (elende Wohnungen, soziale Mißstände) gegenüber.

Aber noch auf etwas anderes macht Delille aufmerksam: auf eine gewisse Konfusion, welche bei dem Kongreß geherrscht habe. Zu viele Leute traten auf, um ihre subjektiven Meinungen zu verkündigen, ohne daß eine eingehende Diskussion möglich gewesen wäre; und reklamesüchtige Fabrikanten benützten die Gelegenheit, um ex alta cathedra herab die Vorzüglichkeit ihrer Ware laut auszuposaunen und diese unwidersprochene Anpreisung dann unter der Flagge allgemeiner Approbation in die Welt gehen zu lassen. Armand-Delille macht der Organisation den Vorwurf der



Mangelhaftigkeit, trifft damit aber m. E. nicht den Kernpunkt der Sache. Die Kongresse haben im ganzen ihren Charakter geändert. In den Kreis der gleichgesinnten ernsten Männer, welche sich ursprünglich zusammengefunden hatten, um allgemeine Fragen und Standpunkte in persönlichem Verkehr zu klären, haben sich mit der Zeit immer mehr Elemente hereingedrängt, welche das Ansehen der Vereinigung benützen, um dabei persönliche Interessen zu fördern. Das Auftreten der Reklame ist das letzte Glied in dieser Entwicklung. Allmählich haben diese Elemente die Überhand gewonnen — in den Parlamenten kann man einen ähnlichen Prozeß verfolgen — und haben auch in die internationalen Kongresse, die ja ihrer ganzen Anlage nach auf Einheitsbestrebungen gegründet sind, den Geist der Sonderung getragen. Wir können offenbar dem Dämon der Analyse nicht entgehen, der ja schließlich auch das Kunstwerk unseres eigenen, einheitlichen Organismus der Zersetzung überliefert.

Fehlte den Griechen die Sonderung der Wissenschaften, so fehlt uns ihre Einheit, sagt mit Recht O. Braun in seiner Philosophie des Schaffens als Kulturphilosophie (Leipzig 1912, S. 18), und eben diese allzuweit getriebene Sonderung hat zu einer babylonischen Sprachverwirrung geführt, die noch dadurch verschlimmert wird, daß jeder meint, seinerseits redender Weise zur „Klärung" beitragen zu müssen. In einer Rektoratsrede hat Carlyle einmal gesagt: „Wahrlich, es tut not, daß wir alle schweigsamer werden. Es däucht mir, als ob die besten Völker der Welt in Wind und Geschwätz aufgehen."

Und Carlyle war wirklich ein gescheidter Mann.

Buttersack-Trier.

Weill, E. und Dufourt, A. (Lyon), Pneumokokkenherpes. (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 144, S. 138/139.)

Das anatomische Denken hat es mit sich gebracht, daß man für jeden Mikroorganismus ein bestimmtes Organ als Prädilektionsort annahm und anderweitige Ansiedlungen übersah. Die Vorstellung schlich sich ein, daß sich der Eberthsche Bazillus nur im Darm, der Meningokokkus nur in den Eberthsche Bazillus sich nur im Darm, der Meningokokkus nur in den Hirnhäuten, der Pneumokokkus nur in der Lunge, der Scharlachbazillus nur in der Haut, der Erreger des Gelenkrheumatismus nur in den Gelenkkapseln ansiedle. Diese Vorstellung ist zwar irrig; aber doch muß für jeden Bazillus die Anerkennung anderweitiger Lokalisationen besonders erkämpft werden. Instruktiv ist da die Geschichte eines 10jährigen Mädchens, das mit Schüttelfrost, 39,2° und allgemeiner Abgeschlagenheit ins Krankenhaus gebracht wurde. An den inneren Organen fand sich nichts Pathologisches, wohl aber trat an den Lippen ein intensiver Herpes auf. In den Bläschen fand sich der Pneumokokkus in Reinkultur, und die daraufhin vorgenommene Röntgendurchleuchtung ließ einen Schatten über der linken Spitze erkennen. Nach drei Tagen endigte die Affektion kritisch. Daß es sich sonach um eine atypische Pneumonie gehandelt hat, ist klar. Ob man nun in Rücksicht auf die Verschiebung der Symptome die Veränderung an den Lungen als einen Herpes pulmonalis bezeichnen will, oder den Herpes als eine Pneumokokkie der Haut, erscheint als eine — nicht einmal sonderlich geistreiche Spielerei. Wichtiger ist jedenfalls die aus der erwähnten und aus einer anderen Krankengeschichte abzuleitende Erkenntnis, daß sich jeder Bazillus an jeder Stelle bemerklich machen kann.

Übrigens hat schon unser großer C. A. Wunderlich den beiden französischen Autoren diese Erkenntnis vorweggenommen mit dem Satze, daß Herpes zuweilen mit sehr heftigem Fieber, sehr frequentem Puls, Gehirnsymptomen, Verdauungsstörungen einhergehe, also mit Symptomen, welche sehr leicht für ein typhöses Fieber oder eine andere schwere Krankheit imponieren können. (Handbuch der Pathol. und Therapie. 2. Band. 1853. S. 221.)

Buttersack-Trier.

Oppenheimer, R. und Lamy, P. (Nanterre), Polyarthritis deformans und Tuberculin. (Progrès méd. 1912, Nr. 30, S. 365—368.)

Probieren geht über Studieren. — Dieses Motto könnte über den vor-



liegenden Aufsatz gesetzt werden. Der Gedankengang ist dieser: Von den vielen Fällen von Polyarthritis deformans beruht ein nicht unbeträchtlicher Teil auf Tuberkulose. Differentialdiagnostisch lassen sich jedoch die tuberkulösen und die nichttuberkulösen keineswegs voneinander abgrenzen. Man versuche deshalb immerhin eine Tuberkulinkur; der Erfolg wird dann schon lehren, ob diese Therapie richtig war oder nicht.
Kunst." Buttersack-Trier.

Patzewitsch und Isabolinsky (Smolensk). **Zur Frage der Paralysis bulbaris infektiosa. (Pseudolyssa.)** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.)

Einspritzung einer Emulsion aus einem Stückchen Medulla ablongata und einer Unterkieferlymphdrüse eines unter wutähnlichen Erscheinungen gefallenen Rindes erzeugte bei Kaninchen nach kurzer Zeit wutartige Symptome und Exitus.

Wurde die Emulsion durch Berkefeld und Chamberland-Filter filtriert und das Filtrat Tieren injiziert, so blieben die Tiere vollkommen gesund. Somit gehört das Virus der Krankheit zu den nicht filtrierbaren Giften.

Schürmann.

Motzfeldt (Christiania), **Tetanusinfektion durch einen Lungenabszeß.** (Centr. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.)

Bericht über einen Fall von Tetanus, der von einem Lungenabszeß ausgebrochen war. Bakteriologisch fand sich ein anaerobes Stäbchen, das sich als Tetanusbazillus erwies. Versuchstiere starben unten typischen Krämpfen.

Schürmann.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Tweedy, E. Hastings, Cause and Treatment of Procidentia Uteri as it occurs in the Parous Woman. (Journ. of Obst. 1912, pag. 136.)

Die Anteversionsstellung des Uterus als seine Normallage erkannt zu haben, sei und bleibe das unbestreitbare Verdienst von B. S. Schultze. Leider habe sich aber Schultze dieses Verdienst selbst dadurch geschmälert, daß er eine falsche Erklärung der Ursachen dieser Lage gegeben habe. T. ist der Ansicht, daß weder die Ligamente, noch der intraabdominale Druck und der der Eingeweide, noch der Levator ani den Uterus in seiner Normallage erhalten, sondern die jüngst von Mackenrodt als Ligamentum transversale colli bezeichnete subperitoneale Faszie des fibromuskulären Beckendiaphragmas. Nur wenn diese zerreiße, entstehe ein Prolaps; sie wiederherzustellen, sei der wichtigste Akt einer Prolapsoperation. T. tut dies seit Jahren mit dem besten Erfolg. Sein Verfahren ähnelt dem Alexandroffs und ist kurz folgendes: Vordere Kolpotomie, Abschieben der Blase bis zur peritonealen Umschlagsfalte. Beiderseitige seitliche Spaltung der Zervix, event. keilförmige Amputation beider Lippen, wobei die Naht aber die Vaginalschleimhaut nicht mitfaßt, vielmehr bleiben die Fäden lang als Zügel. Nach Eröffnung der Plika werden ein oder zwei Silk- oder Katgutfäden durch das Corpus uteri gelegt, aber nicht geknüpft, sondern man läßt sie vorläufig aus der Peritonealnaht heraussteheh. Dadurch, daß nunmehr beiderseits nach der Seite hin die Vaginalschleimhaut von der Zervix und ihrer nächsten seitlichen Umgebung abgeschoben wird, soll die oben erwähnte Faszie zu Tage treten, die mittels Silkligaturen vor der Zervix schleifenförmig oder auch nach Durchtrennung ihrer medialen Insertionen miteinander vernäht wird. Der Effekt sei der, daß die Zervix in der Gegend des inneren Muttermundes dauernd nach oben und hinten gehoben wird. Zum Schluß Vollendung der Scheidennaht. Kolpoperineorrhaphie. — T. hält dieses Vorgehen für das beste gegen Zystozele. Bei nachfolgenden Schwangerschaften hat er keine Störungen erlebt.

R. Klien-Leipzig.

Philipps, Miles H., Case of Concealed Accidental Haemorrhage treated by Caesarean Section and Hysterectomy. (Journ. of Obst. 1912, pag. 163.)

Es handelt sich um einen Fall von vorzeitiger Lösung der



normal sitzenden Plazenta. Die 33jähr. X.-Gr. bekam plötzlich in der Mitte des 9. Monates einen heftigen Schmerz im Leib, wurde ohnmächtig, blutete aber nicht. Sie wurde sofort ins Hospital geschafft, wo der Uterus bereits die Größe wie im 10. Monat erreicht hatte. Er war sehr gespannt, die Kindsteile ließen sich nicht durchfühlen. Beim Tuschieren kam, sowie die Eihäute berührt wurden, Blut aus der Vagina geschossen. Eine sofort ausgeführte Scheidentamponade wurde alsbald durchblutet. Der Puls wurde schlecht. Nunmehr Laparotomie. Aus dem eröffneten Uterus stürzte eine Menge Blut hervor, welches sich zwischen Uteruswand und Plazenta angesammelt hatte. Kind tot infolge Verblutung. Supravaginale Amputation des ganz schlaffen Uterus, Übernähung und Versenkung des nicht blutenden Stumpfes. Derselbe war jedoch offenbar allzu ischämisch, denn er stieß sich während der Rekonvaleszenz unter Jauchung per vaginam ab. R. Klien-Leipzig.

Bell, W. Blair, Further Investigations into the Chemical Composition of Menstrual Fluid and the Secretions of the Vagina, as estimated from an Analysis of Haematocolpos Fluid, together with a Discussion of the Clinical Features associated with Haematocolpos, and a Description of the Character of the Obstructuing Membrane. (Journ. of Obst. 1912, pag. 209.)

Die chemische Analyse von 12 Hämatokolposflüssigkeiten ergab: Nie Harnstoff, stets Schleim, zwar in wechselnder, aber immer beträchtlicher Menge, stammend aus Zervix und Vagina. Nie Fibrinogen, nie Fibrinferment. In dem Fehlen des Fibrinfermentes erblickt B. die Hauptursache des Nichtkoagulierens des Menstrualblutes. Er hofft, in Bälde zeigen zu können, daß die Zerstörung des Fibrinfermentes im Menstrualblut auf einer vitalen Tätigkeit des Endometriums beruht. Stets war Milchsäure vorhanden, aber — nie Bakterien! Hiermit sei erwiesen, daß die saure Reaktion des normalen Scheidensekretes nicht von der Anwesenheit der Döderleinschen Scheidenbazillen abhängig sei. Es scheine vielmehr, als ob die Scheidenmilchsäure durch die Einwirkung eines Zellenzyms auf den Schleim hervorgebracht werde. — R. Klien-Leipzig.

Whitehouse, Beckwith, Notes on Uterine Haemorrhage, with special Reference to the Abuse of the Curette. (The Lancet 1912, pag. 1123.)

Es steht fest, daß etwa 20 % der Fälle von sog. chronischer Endometritis und Metritis durch eine oder wiederholte Ausschabungen nicht geheilt werden. Diese 20 % bespricht W. zunächst in ätiologischer Hinsicht. In einem Teil der Fälle kommen bakterielle Infektionen in Frage; außer Gonokokken konnte W. kulturell im steril aufgefangenen Uterinblut des öfteren Bakt. koli oder verwandte Arten, event. in Gesellschaft von Eiterkokken nachweisen. Solche Fälle sind nicht mit der hier direkt gefährlichen Kürette zu behandeln; W. empfiehlt längere Behandlung mit intrauterinen Wasserstoffsuperoxydspülungen. — Ferner beruhen eine Anzahl von Fällen, besonders im Beginn der Menopause, auf Arteriendegeneration. Hier soll meist nur die vaginale Totalexstirpation wirksam sein. (Die Vaporisation wird nicht erwähnt — Ref.) Auch luetische Endarteriitis bewirke manchmal Blutungen. Zur Diagnose dient die Wassermannsche Reaktion, die Therapie sei eine antiluetische. — Auch erhöhter Blutdruck kann Menorrhagien bewirken; das komme gelegentlich vor in der Menopause, aber auch bei konstitutionellen Erkrankungen, bei chronischer Nephritis. In ersteren Fällen haben sich Nitroglyzerin, Digitalis und Purgantien bewährt. — Weiter kommen Stauungen im Pfortadersystem in Betracht. W. hat den Eindruck, als ob mitunter an Stelle von hämorrhoiden Blutungen uterine träten. Bei Leberzirrhose hat er gerade paroxysmale Blutungen gesehen, gegen die er Purgantien empfiehlt. Endlich kommen außer den echten Blutdyskrasien Störungen des Kalkstoffwechsels in Frage. Auf einen verminderten Kalkgehalt des Blutes deuteten das Auftreten von Urtikaria während der Menses; in solchen Fällen reiche man Calciumlactat. Als letzter Faktor kommen Störungen in der Funktion der Schilddrüse in Betracht, gegen die man die Schilddrüsenpräparate



verordnet. — Für alle diese Möglichkeiten führt W. selbstbeobachtete und mit Erfolg behandelte Fälle an. — Also: bei uterinen Blutungen unterziehe man stets den Gesamtkörper einer eingehenden Untersuchung in den angegebenen Richtungen: Leber, Nieren, Blutdruck, Gefäße, Lues und andere Konstitutionskrankheiten, Kalkhaushalt, Herz, Lungen, Schilddrüse, Bakteriengehalt des Uterusblutes. Dann werde man auch den größten Teil der für die Kürette unzugänglichen Fälle heilen. R. Klien-Leipzig.

De Maurans, Die Bedeutung sanguinolenter Ausscheidungen aus der Brustwarze bei älteren Frauen. (Semaine médicale 1912, 10. April.)

Es gibt eine Art Katarrh der Brustdrüse mit klarer, gelblich-seröser Ausscheidung, die zunächst geschmolzener Butter ähnelt, später bisweilen dunkler, rotbräunlich und blutrot wird und dann reichliche Blutelemente aufweist. Der zu Grunde liegende Prozeß ist eine Mastitis chronica cystica (F. König). Die hämorrhagische Umwandlung des Sekretes deutet nach den bisherigen Erfahrungen auf eine entschiedener tumoröse, sehr oft maligne, Ausartung des anatomischen Prozesses und indiziert in Übereinstimmung mit dem Palpationsbefund die Exstirpation der Brust. Die Erkrankung ist in letzter Zeit mehrfach von russischen Autoren beschrieben worden. —

Rosenberger.

Kinderheilkunde und Säuglingsernährung.

Döhle (Kiel), Weiteres über Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach. (Centr. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.)

Döhle fand in Leukocyten Einschlüsse, die seitwärts vom Kern liegen, an dem unteren Rande, dicht am Protoplasmasaum der Zelle, zwischen diesem und dem Kerne. Er sieht diese geschlängelten Gebilde als Spirochaeten an. In der menschlichen Leiche scheinen diese Gebilde sehr schnell zugrunde zu gehen. Schürmann.

Klimenko (Petersburg), Bakteriologische Blutuntersuchungen beim Scharlach. (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.)

Bei Scharlachkranken hat Kl. Streptokokken nur selten gefunden (2,1 %). In dem frühen Stadium der Krankheit dringt er nicht ins Blut ein. Die Prognose wird durch das Vorhandensein der Streptokokken im Blute der Scharlachkranken sehr erschwert. Es besteht keine volle Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen der vitalen und postmortalen bakteriologischen Blutuntersuchung der Personen, die an Scharlach gestorben sind; aus dem Blute wird nach dem Tode der Streptokokkus öfter als während des Lebens gezüchtet. Das Blut enthält bei rein toxischen Scharlachfällen sowohl während des Lebens als auch nach dem Tode keine Streptokokken.

Schürmann.

Hautkrankheiten und Syphilis.
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Moiroud, P. (Marseille), Jodräucherungen bei venerischen Geschwüren. (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 151, S. 192—193.)

Leitet man Joddämpfe 1 bis 2 Minuten auf gesäuberte und getrocknete Ulcera mollia von phagedänischem Charakter, so sieht man sehr rasch das Ödem bezw. die Infiltrationen schwinden, die Wundflächen reinigen sich, und jeglicher üble Geruch hört auf. Manche Patienten verspüren Schmerzen bei der Applikation, aber nur für einige Minuten. Zu Anfang empfiehlt es sich, die Jodräucherungen zweimal im Tag vorzunehmen; aber sobald die Überhäutung bezw. Vernarbung beginnt, muß man sie einstellen.

Buttersack-Trier.

Hirschberg, M. (Riga), Innere Ursachen bei Hautkrankheiten. (St. Petersburger Medizin. Zeitschr. 1912, Nr. 13, S. 193—196.)

Vor einiger Zeit versuchte ich in Nr. 23 dieser Zeitschrift anzudeuten, wie allmählich wieder humoralpathologische Auffassungen in der Medizin



zur Geltung kommen. In derselben Richtung bewegt sich der Aufsatz von Hirschberg, welcher die Theorien der modernen physiologischen Chemie über innere Sekretion, Anaphylaxie und Hormone zur Erklärung der Dermatosen heranzieht. Sie sind ihm — insbesondere die Ekzeme — keineswegs lokale Hautkrankheiten im Sinne der anatomischen Spezialisten, sondern nur Lokalisationen, lokale Reaktionen einer allgemeinen, häufig angeborenen Diathese. Man sieht deutlich: diese Vorstellung geht über die mikroskopische Anatomie hinaus und rekurriert auf Vorstellungen, über welche die derzeit maßgebenden exakten Pathologen mitleidig die Achseln zucken. Aber noch etwas anderes Bemerkenswertes geht aus dem Aufsatz hervor: die wiederkehrende Einschätzung der Medizin als intuitiver Kunst. In dem Augenblicke, in welchem der Blick nicht mehr hypnotisch auf irgend ein makro- oder mikroskopisches anatomisches Objekt fixiert ist, muß er notwendigerweise auch dessen Umgebung in den Kreis seines Gesichtsfeldes einbeziehen, und die Bewertung der Gegenseitigkeitsbeziehungen geht weit über die Möglichkeiten „exakter" Forschung hinaus. Hier beginnt eben an Stelle des Wägens und Messens und Färbens das Reich des Fühlens, Ahnens, Kombinierens. Es wird nicht mehr allzulange dauern, bis auch diese geistigen Fakultäten wieder allgemein anerkannt werden, und dann wird manch einer behaupten: „Ja, ja, ich hab' es ja immer gesagt: die Medizin ist eine Kunst."

Buttersack-Trier.

Hals-, Nasen- und Ohrenleiden.

Denker (Halle), Die konservative Behandlung der akuten und chronischen Mittelohreiterung. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1912, Nr. 12.)

In der Prophylaxe der akuten und chronischen Mittelohreiterung ist für die Beseitigung adenoider Wucherungen, vergrößerter Tonsillen usw. zu sorgen, ferner ist Vorsicht bei Nasenspülungen am Platze. An Stelle derselben verwendet Denker die Gottsteinsche Tamponade, die in Einlagen von Gazestreifen in die Nase besteht, durch die infolge des Reizes eine starke Sekretion hervorgerufen wird, oder er benutzt den Nasenspray. Auch die Tamponade mittels der Belloqschen Röhre kann eine Otitis hervorrufen. In der Therapie unterscheidet er eine genuine (im Anschluß an eine akute Infektion der oberen Luftwege in einem sonst gesunden Körper auftretende) und eine sekundäre (nach einer Allgemeininfektion auftretende) Otitis.

Die erstere trennte er in eine Otitis media simplex und purulenta akuta. Das wichtigste Symptom, der Schmerz führt gewöhnlich die Kranken zum Arzt. Unter den allgemeinen Maßnahmen nennt D. zunächst die Bettruhe, wobei der Patient sich auf die gesunde Seite legen muß und Vermeidung alles dessen, was Kongestionen nach dem Kopfe bewirken könnte. Gegen die Schmerzen sind im Notfall Phenazetin, Antipyrin und Morphium empfohlen worden. Die in den Gehörgang applizierten Mittel wirken wohl meist durch ihre Temperatur. Um an der Trommelfellepidermis eine Mazeration herbeizuführen, kann man auch Karbolglyzerin (1 : 10), dem noch etwas Kokain zugesetzt wurde, verwenden. Zur Herabsetzung des entzündlichen Reizes kommt ferner antiphlogistische Behandlung in Betracht, die am besten in Eisbeutel, und dort wo dieser nicht vertragen wird, in Prießnitzumschlägen besteht, zur Verringerung des Exsudatdruckes die Luftdusche oder Katheterismus der Eustachischen Röhre. Durch die Luftdusche wird nicht, wie dies von manchen Autoren gefürchtet wird, das Sekret in die Zellen des Warzenfortsatzes hineingetrieben. Wird durch alle diese Maßnahmen die Besserung der Otitis media simplex akuta nicht herbeigeführt, so muß mittels Parazentese dem Sekret Abfluß nach außen verschafft werden, und dadurch wird die Otitis zu einer Otitis purulenta. Nun ist darauf zu achten, daß vom Gehörgang aus keine Neuinfektion eintritt, und dies geschieht durch Ausspülungen des Gehörgangs mit 4 %iger Borsäurelösung oder Wasserstoffsuperoxyd. Dann wird ebenfalls die Luftdusche angewandt, der Gehörgang ordentlich ausgetupft und feinstpulverisierte Borsäure eingeblasen.



Wendet man nur wenig Borsäure an, so ist die Gefahr einer Retention derselben ausgeschlossen. Von den anderen Behandlungsmethoden der Bierschen Stauung und der Tamponbehandlung ist D. kein Anhänger. Was nun die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes anbetrifft, so kommt sie in Frage, wenn die heftigen Schmerzen und die Druckempfindlichkeit bei profusem Ausfluß länger als eine Woche bestehen bleiben und die hintere obere Gehörgangswand sich herabsenkt, ferner wenn sich in der Gegend der Wurzel des Jochbogenfortsatzes eine fluktuierende Schwellung zeigt oder eine harte Infiltration unterhalb der Spitze des Warzenfortsatzes. Weiter ist die Operation indiziert bei profuser 6—8 Wochen anhaltender Eiterung, bei plötzlichem Übergang der Erkrankung auf das Labyrinth, der sich durch plötzlich eintretende Vertaubung dokumentiert, und schließlich bei den ersten Anzeichen einer Lähmung des n. fazialis.

Bei der chronischen Mittelohreiterung unterscheidet er eine solche mit zentraler Perforation und eine mit peripherer Perforation. Erstere hat meist eine günstige, letztere eine ungünstige Prognose, wozu noch kommt, daß es da gern zur Cholesteatombildung kommt. Die Therapie der ersteren ist die gleiche wie bei der akuten Otitis. Anders verhält es sich bei Mittelohreiterungen mit randständiger Perforation. Hier müssen zur Ausspülung Antrumröhrchen nach Hartmann verwandt werden, sowie ähnliche Röhrchen zur Insufflation von Borsäure. Gelingt damit die Beseitigung des Fötor und Sekrets nicht, so ist man entweder nicht bis zum äußersten Ende der Höhle gelangt, oder es liegt ein Cholesteatom vor. Es muß nun durch Extraktion des Hammers Platz geschafft werden, und nützt auch das nichts, so ist die sog. Totalaufmeißelung oder Radikaloperation zur Freilegung der Mittelohrräume vorzunehmen, welch letztere bei weitem nicht so gefährlich ist, wie Ambosextraktion. F. Walther.

Medikamentöse Therapie.

Carnot, Subkutane Injektion von Abführmitteln. (Paris médical 1912, 29. Juni.)

Die alte osmotische Theorie der Abführmittelwirkung vom Darmlumen aus (besonders salinischer Produkte) war falsch: Kein Laxans wirkt bloß physikalisch. Stets bleibt der physiologische Reiz auf die Muskelwand, die Drüsen, Gefäße und Nerven des Darmrohrs die Hauptsache. Ihre Wirkung muß deshalb auf dem Gefäßwege sich ebenso gut wie durch Einnehmen erreichen lassen, zumal auch beim Einnehmen der meist etwas späte Erfolg vorwiegend auf Rechnung einer vorgängigen Absorption zu setzen ist. Im Experiment an der isolierten Darmschlinge, deren Gefäße eine erwärmte, stets sauerstoffgesättigte Ringer-Lösung durchströmt, wirken der Nährflüssigkeit zugesetzte Abführmittel in der Tat bereits bei schwächster Verdünnung deutlich abführend ein. Zusatz von Natriumsulfat ($NaSo^4 + H^2O$) steigert schon bei 10000 facher Verdünnung sofort die Peristaltik der Schlinge, ganz gleich aus welchem Abschnitt des Darmrohrs diese Schlinge stammt. Stärkere Na^2SO^4-Lösungen führen durch Bildung tetanischer Kontraktionsringe zu schmerzhafter Kolik mit Verstopfung. Sehr anders — nämlich atonisierend — wirken Lösungen von Magnesiumsulfat ($MgSo^4 + 2H^2O$) auf die Nerven des Darmes wie des gesamten motorischen Apparates, woraus bei der Behandlung des Tetanus in Form intraduraler Injektionen des gelösten Mittels bisweilen Nutzen gezogen wurde. Die Darmschlinge, deren Gefäße eine 10000 fach mit Ringer verdünnte $MgSO^4$-Lösung durchfließt, erschlafft alsbald, um sich allmählich mit Transudat zu füllen, welches in einem wahren, das heißt vorwiegend passiven Durchfall das Darmrohr durchfließt (*διαῤῥεῖ*). — Peristaltik-steigernd wirken hinwiederum auch vom Blute aus die pflanzlichen Mittel: Senna, Cascara, Cortex Frangulae, Aloë; ferner von chemischen Substanzen z. B. das (in einem Minimum von NaOH zu lösende) Phenolphthaleïn, sowie das Glykosid von Rhammus Purshiana (Poster-



nack; und endlich von altruistischen Gewebsprodukten besonders das Hormon der Milz (Zülzer in Thorn), welches bisweilen so überraschend nachhaltig wirkt, daß es scheint, als wäre eine stehengebliebene Uhr für längere Zeit wieder aufgezogen worden. — Aus diesen experimentell gefundenen Tatsachen ergeben sich als allgemeine und besondere Indikationen für die subkutane Injektion der Abführmittel: 1. Schwierigkeiten der Darreichung per os: Erbrechen (Bleikolik usw.), psychische Widerstände (Suicid-Versuche). 2. Erhöhte Verletzlichkeit und erhöhtes Schonungsbedürfnis der Darmwand (Ulcera, Appendizitis, Neoplasmen, postoperative Atonien Denn zwei Hauptvorzüge der subkutanen Laxans-Wirkung sind ihre Milde und ihr Eintritt schon bei sehr geringen Gabengrößen. 3. Erfordernis eines Dauererfolges (bei chronischer Obstipation): Hier entscheidet die große Nachhaltigkeit der Wirkung bei subkutanen Injektionen von Laxantien, besonders von Hormonen. — Im besonderen indiziert eine spastische Verstopfung die Injektion von 0,25 $MgSo^4 + {}_2N^2O$ in 1,2 H^2O; bei atonischer Obstipation dagegen ist die Subkutan-Injektion von $Na^2SO^4 + H^2O$, Senna, Cascara, Hormon angezeigt. Man injiziert: 2,0—20,0 einer 1 proz. Lösung von Natr. sulfur.; oder: 1,0—3,0 einer 10 proz. Lösung desselben Salzes. — 1,0 eines 5 proz., oder 5,0 eines 1 proz. sterilisierten Senna-Infuses. — 10,0—20,0 Hormon. — Ist vorwiegend der Dickdarm Sitz der Verstopfung, so verdienen Senna oder Natr. sulfur. den Vorzug. (Beide im „Lavement purgativ“ zu einer altbewährten Kombination vereinigt.) —

Neben einer gewissen Inkonstanz des Erfolges, welche sich bei genauer Indikationsstellung großenteils verhüten läßt, bildet die Möglichkeit lokaler Reizung des Injektionsbezirks die Schattenseiten dieser u. U. sehr wertvollen Methoden. Rosenberger.

v. Meyer (Frankfurt a. M.), Die Collargolbehandlung in der Hand des praktischen Arztes. (Allg. med. Zentralzeitung 1912, H. 26.)

Collargol ist in der Hand des praktischen Arztes viel zu wenig bekannt. Beeinflußt günstig puerperale Erkrankungen mit pyämischen Erscheinungen, Sepsis nach schweren Verletzungen, Phlegmonen, schwere Furunkulosen, speziell die gefürchteten Oberlippenfurunkel, natürlich neben anderen lokalen (Stauung, Bäder, Heißluft, Inzisionen) und internen (Herztonika, Expektorantien) Mitteln. Ferner bei Gelenkrheumatismus und Pneumonie Anwendung rektal: erst Reinigungsklisma mit reinem bezw. Seifenwasser, nach 1/4 Stunde zur Entfernung von Schleim mit 1/2—1 l erwärmter 1 % ClNa oder Sodalösung erneutes Klisma, 10—15 Minuten darnach je nach Schwere 50 bis 100 ccm einer 5 bezw. 2—3 % Collargollösung lau mit Glyzerinspritze injiziert, 2 mal täglich, wenn Besserung einmal, mindestens 8—14 Tage lang. Falls Klisma nicht gehalten, 8—10 Tropfen Opium zusetzen oder Verteilung auf mehrere kleine Klismen. Fließt Klisma wieder ab, intravenös oder per os. Im letzteren Falle hat Dietrich das Collargol Heyden — nur dieses ist zu verwenden — unter dem Namen Jalon mundgerecht gemacht: löffelweise in Kaffee oder Kakao. Wirkung nur langsamer.

v. Schnizer-Höxter.

Franke, Der Wert des Eulatins. (Allg. med. Centralzeitung 1912, H. 30.)

Eulatin, Amido- und Brombenzoesäure mit Antipyrin, ist ein besonders bei Keuchhusten, auch bei Säuglingen die Hustenanfälle günstig beeinflussendes Medikament, das auch sonst bei Bronchitis und den katarrhalischen und neuralgischen Erscheinungen der Influenza mit Erfolg gegeben wird, ohne unangenehme Nebenerscheinungen auch von Seiten des Magen- und Darmtraktus, den Herzmuskel belebend, prompt expektorierend, ohne Kontraindikation.

Dosierung: bei Kindern bis zu 2 Jahren 0,5—1,5, bis zu 4 Jahren 1,0—3,0, bis zu 8 Jahren 1,5—3,5 pro die in Mixtur oder Tabletten, bei Erwachsenen entsprechend mehr. v. Schnizer-Höxter.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.



30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von

Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.

Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 43. | Erscheint wöchentlich zum Preise von 5 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. | 24. Oktob.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Das hygienisch-diätetische Heilverfahren bei Lungentuberkulose, am Wohnort des Kranken durchgeführt.

Von Dr. **Blümel**, Halle a. S., Spezialarzt für Lungen- und Halskrankheiten.

Es schien eine Zeitlang, als ob es eine ambulante Behandlung der Lungentuberkulose überhaupt nicht mehr geben sollte, als ob für alle besserungsfähigen Kranken nur noch das Anstaltsheilverfahren zuständig sei; für die Behandlung in der Praxis blieben dann nur noch die nicht besserungsfähigen, also zumeist bettlägerigen Fälle übrig, die nicht die Kranken- und Siechenhäuser füllten. In meiner Arbeit über die „ambulante Tuberkulinbehandlung" in Nr. 42 und 43, 1911 dieser Zeitschrift habe ich darauf hingewiesen, daß die Monopolisierungsbestrebungen der Heilanstalten unberechtigt, ja gefährlich sind, da die Anstalten bezüglich ihrer Bettenzahl ebensowenig wie die Mittel der Kranken zu einer genügend langen Kur ausreichen. Das „Nur-Heilstättenbehandlung" ist das eine Extrem, das andere das „Nur-ambulant-Tuberkulinbehandlung", was man vielfach als Gegensatz nennen hört. Fälschlicherweise; denn es kann sowohl Heilstätten- mit Tuberkulinbehandlung ebenso wie ambulante Tuberkulinbehandlung mit den hygienisch-diätetischen Heilfaktoren kombiniert werden. Das ist sogar nicht nur möglich, sondern Bedingung für eine erfolgreiche Tuberkulosebehandlung, und viele Mißerfolge mit der ambulanten Tuberkulinbehandlung sind durch die einseitige Therapie verschuldet worden, durch die Vernachlässigung der hygienisch-diätetischen Heilfaktoren.

Wenn wir uns fragen, warum in der Allgemeinpraxis dies Heilverfahren nicht mehr Eingang gefunden hat, so liegt der hauptsächliche Grund wohl darin, daß die Kenntnis der einzelnen Vorschriften, des geregelten kurgemäßen Lebens noch nicht allgemein genug ist. Es gehört vor allem auch etwas mehr Zeit dazu, genaue Pläne mit der Bestimmung der gesamten Tageseinteilung, Stunde für Stunde, zu geben als für manche andere Behandlungen. Bezüglich der diätetischen Behandlung von Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten hat sich der Arzt schon daran gewöhnt, ins Einzelne gehende Vorschriften zu geben; bei der Tuberkulose begnügt man sich leider noch oft damit, dem Kranken im allgemeinen gute Ernährung und den ausgiebigen



Genuß frischer Luft zu empfehlen, ohne, wie es hier auch dringend nottut, ins Detail zu gehen.

Die hygienisch-diätetischen Heilmittel bei Behandlung der Lungentuberkulose zerfallen in

1. klimatische,
2. hydriatische,
3. diätetische Faktoren.

Von den klimatischen Heilfaktoren kommt naturgemäß für die Behandlung am Wohnort des Kranken nur die Freiluftkur als solche in Betracht, nicht der Klimawechsel; also die Einflüsse, die durch die Veränderung des Klimas den Heilstättenkranken zugute kommen, müssen wir bei der ambulanten Behandlung — von ihr möchte ich einstweilen sprechen, entbehren. Daß wir in den meisten Fällen ohne Klimawechsel auch ausgezeichnete Erfolge erzielen, dafür wird täglich der Beweis von den Tuberkulosetherapeuten der Großstädte erbracht.

Vergegenwärtigen wir uns, in welcher Weise Luftwechsel und Anstaltsaufenthalt allein günstig auf Kranke und Krankheit einwirken, so finden wir als Hauptmoment die günstige Wirkung auf Respiration, Zirkulation und Blutbeschaffenheit, auf die Haut, auf den gesamten Stoffwechsel, vor allem auf die Hebung des Appetits. Aber diese Wirkungen lassen sich auch zu Hause bei entsprechender Durchführung der Freiluftkur erzielen; sie sind deshalb wohl weniger durch den Klimawechsel als solchen bedingt als durch den dauernden Aufenthalt im Freien überhaupt. Jedenfalls komme ich kaum in die Lage, ihres mangelnden Appetits, ihres schlechten Ernährungszustandes wegen, Patienten in klimatisch andere Gegenden zu schicken. Die Gewichtszunahmen sind zu Hause genau dieselben wie in den Heilanstalten, ja ich habe oft Sorge, daß sie zu gewaltig werden. Also das Klima allein spielt im allgemeinen nicht die ausschlaggebende Rolle bei der Besserung des Ernährungszustandes. Der Wert der Gewichtszunahmen wird ja überhaupt überschätzt, denn zumeist gehen sie doch nach kurzer Arbeitszeit, ja auch ohne diese, auch in der Ruhe zu Hause, bald wieder herunter, wenn nicht am Wohnort des Kranken ein sachkundiger Arzt die Erfolge der Anstalten erhalten hilft. Die bei ambulanter Behandlung erzielten Gewichtszunahmen dagegen erhalten sich zumeist auch bei voller Beschäftigung der Patienten. Das ist wohl auch kaum zu verwundern, denn das Gewicht vermehrt sich unter den gewohnten Verhältnissen, unter denselben, in denen die Kranken leben und arbeiten.

Die Wirkung der sogenannten „guten Luft“ als Spezifikum gegen Tuberkulose wird vielfach etwas überschätzt. Wohl muß zugegeben werden, daß staubarme, ozonreiche Luft bei stärkerer Besonnung und Geschütztsein vor Winden auf katarrhalische Zustände günstig einwirken, aber die Ansicht, daß die „gute“ Luft direkt die Tuberkulose als solche sozusagen spezifisch beeinflußt, etwa als wenn sie als Gegenmittel direkt inhaliert würde, ist nicht richtig. Diese Wirkung hat das günstige Klima meist nur auf den begleitenden Katarrh der Bronchien und das ist meist das, was wir nach 3 monalichem Kurgebrauch bei den Kranken als Besserung infolge der Anstaltstherapie feststellen. Die spezifischen Veränderungen gehen oft in so



kurzer Zeit nicht wesentlich zurück; wenn sie stationär werden, ist schon viel gewonnen.

Außer dem Klima und der veränderten abwechselungsreicheren Kost wirken auch die Entfernung vom Geschäft, von der Hausarbeit, das Verschontsein mit den täglichen kleinen Aufregungen in der Familie mit zur Erreichung des Erfolges. Wenn diese Faktoren bei der häuslichen Behandlung zum Teil fehlen und sie trotzdem gute Erfolge zeitigt, so ist das ein Beweis dafür, daß das kurgemäße Verhalten allein schon außerordentlich günstig wirkt, nicht nur stationär oder in einem andern Klima angewandt. Also Bedingung für eine Besserung der Tuberkulose ist der Klimawechsel und Anstaltsaufenthalt keineswegs.

Noch ein wichtiger Faktor, der dem Anstaltsheilverfahren zugute kommt, ist die Suggestion, die darin liegt, daß der Kranke einen so großen Apparat allein seiner Genesung dienen sieht. Dies Gefühl trägt mehr als die objektive Besserung schon in den ersten Tagen des Anstaltsaufenthalts zur Hebung des Allgemeinbefindens bei. Diese Wirkung muß bei der Behandlung am Wohnort das Vertrauen des Kranken zu der Person des Arztes ersetzen; nach unsern täglichen Erfahrungen ist das auch durchaus möglich.

Die ambulante Behandlung hat nun sogar noch einige Vorzüge vor der Anstaltstherapie, weil sie uns frei von jedem Schema unsere Vorschriften geben läßt. Wir werden viele Kranke, die in den Anstalten aus dem Schema heraus liegen müßten, nicht mehr mit Liegekuren quälen, sondern sich beschäftigen lassen, wir werden, wo wir eine Überernährung für entbehrlich halten, einfachere Kostvorschriften geben, mit einem Wort, wir werden eben mehr individualisieren. So werden wir mit der häuslichen Behandlung viel Lebenslust und Lebensfreude erhalten, weil unsere Kranken nicht von Heimweh gequält werden, auch nicht von der Sorge, wie sie die hohen Kosten für den Sanatoriumsaufenthalt aufbringen sollen.

Indikationen und Kontraindikationen der hygienisch-diätetischen Behandlung am Wohnort des Kranken.

Die Behandlung am Wohnort des Kranken gliedert sich naturgemäß in eine ambulante und stationäre. Die Behandlung dauernd Bettlägeriger mit hohem Fieber, also therapeutisch durch hygienisch-diätetische Therapie kaum mehr beeinflußbarer Kranken, soll gesondert besprochen werden. Hier handelt es sich darum, die Anwendung des „Brehmer'schen Heilverfahrens“ — denn er ist der Begründer dieser Therapie — in der ambulanten Praxis, also bei fieberfreien Kranken, zu schildern. Was man unter fieberfrei zu verstehen hat und wie und in welchem Umfange Temperaturmessungen hier angebracht sind, darüber ist in dieser Zeitschrift, Nr. 42, 1911 bei der „ambulanten Tuberkulinbehandlung“ nachzulesen. Dort sind auch bereits die beiden Gruppen von Kranken genannt worden, die für ambulante Behandlung überhaupt ungeeignet sind, nämlich

1. die, deren häusliche Verhältnisse,
2. die, deren Persönlichkeit die ordnungsgemäße Durchführung der Kur verhindern.

Ich muß auf diese Verhältnisse hier noch einmal des Näheren eingehen, nachdem ich sie dort mehr kursorisch abgehandelt habe, weil

85*



sie gerade für das hygienisch-diätetische Heilverfahren von ausschlaggebender Bedeutung sind.

Ist die Verpflegung zu Hause ungenügend, wird der Kranke unpünktlich und nachlässig versorgt, wird die verordnete Ruhezeit beschränkt, sind die Wohnräume mangelhaft, stört häuslicher oder geschäftlicher Ärger das seelische Gleichgewicht empfindlich, so ist die Aussicht gering, durch Behandlung des Patienten an seinem Wohnort etwas zu erreichen.

Die ungeeignete häusliche Verpflegung ist nun nicht darin zu sehen, daß der Kranke vielleicht nicht die grossen Fleischmassen, die üppigen Diners der Privatanstalten vorgesetzt erhält, sondern darin, daß er etwa nicht pünktlich und nicht regelmäßig mit der üblichen Kost, in der ärztlicherseits bestimmten Zusammensetzung und Zubereitung, versorgt wird. Besondere Umstände sollen daraus möglichst nicht entstehen.

In bezug auf die Wohnräume kann der Arzt auf eine verständige Verteilung derselben hinwirken; auch die sogen. „gute Stube“ muß dem Kranken zur Verfügung stehen, sei es zur Liegekur, sei es sogar als Schlafraum, wenn andere geeignete Räume fehlen. Nicht ausreichend ist die Wohnung dann zu nennen, wenn sie zu eng, zu lichtlos, oder feucht ist. Von dem Nachteil solcher Räume für ihre Gesundheit sind die Kranken meist leicht zu überzeugen und bald bereit, einen Wohnungswechsel, dem Wunsch des Arztes gemäß, vorzunehmen.

Geschäftliche Sorgen dürfen in der ersten Zeit der Behandlung den Kranken nicht stören; in der ersten Zeit, sage ich, denn in einigen Wochen schon hebt sich auch bei sonst verdrießlichen abgematteten Patienten, mit der Besserung des Allgemeinzustandes, die Lust am Schaffen, die Freude an der Arbeit derartig, daß die Kranken sich kräftig genug und fähig fühlen, ihre Tätigkeit nach und nach wieder vollständig aufzunehmen.

Auch ein ruhiges Familienleben ist Mitbedingung für einen Erfolg der häuslichen Behandlung. Ich erlebe es oft genug, daß Kranke nicht vorwärts kommen, weil z. B. gesellschaftliche Verpflichtungen, anspruchsvoller Besuch zu hohe Anforderungen stellen; oder der Mann macht seiner Frau Vorwürfe über ihre ärztlich verordnete „Faulheit“, während der Mann wieder nicht vorwärtskommt, weil die Frau seiner Pflege nicht genügend Lust und Verständnis entgegenbringt.

Der aufmerksame Arzt, der mit der ambulanten Behandlung Erfolg haben will, muß seine Kranken streng, genau so streng wie im Sanatorium, überwachen. Da er das nicht persönlich kann, wie dort durch direkte Beaufsichtigung, ist es nötig, daß er sich über die Familienverhältnisse, Wohnräume, Tageslauf, soziale Lage seiner Kranken genau unterrichten läßt und bei den jedesmaligen Beratungen sich eingehend nach allen Einzelheiten erkundigt, damit der Patient stets daran erinnert wird, wie wichtig die Berücksichtigung von Dingen ist, die ihm vielleicht als nebensächlich erscheinen. Jedenfalls darf der Arzt nicht müde werden, gelegentlich auch den Mann oder die Frau des Kranken mit zu sich kommen zu lassen, um bei mangelndem Verständnis für Aufklärung zu sorgen. Denn nur ernste fleißige Arbeit als Freund und Berater der Kranken kann hier Gutes wirken.

Wo die Verordnungen des Arztes nicht genau befolgt werden können, ist ebenso wie für die unsern Vorschriften gegenüber gleichgültigen und leichtsinnigen Patienten die ambulante Behandlung nicht



indiziert. Anstaltskuren haben schon manchen solchen Kranken diszipliniert. Jedenfalls soll man die Behandlung nachlässiger und unsolider Patienten ablehnen, um nicht das Renommee der Kur zu schädigen. Der Mißerfolg wirkt sonst abschreckend auf andere auf diese Weise noch heilbare Fälle.

Die Liegekur.

Ist der Kranke fieberfrei, so macht er seine Liegehur. Sie ist entschieden mit der wirksamste Faktor des Anstaltsheilverfahrens, kann aber mit demselben Erfolge wie dort auch zu Hause durchgeführt werden, denn ihr Zweck ist vor allem, Ruhe des Körpers und Ruhigstellung der Lunge herbeizuführen. Die Tuberkulosebehandlung des Allgemeinpraktikers hätte gewiß oft zu günstigeren Erfolgen geführt, wenn, an der Hand genauer Temperaturkontrollen, die Liegekur so strikte wie in den Anstalten durchgeführt worden wäre.

Die Liegekur erstreckt sich über die Zeit von 8 Uhr früh bis $^1/_2$8 Uhr abends und wird zweckmäßig in vier Touren eingeteilt: 8—10, $10^1/_2$—1, 2—$4^1/_2$ und 5—$8^1/_2$ Uhr. Werden die Temperaturen vorher etwa leichtfiebernder Kranker bei dauernder Liegekur normal und erhalten sie sich so, so läßt man anstelle der ersten Liegekur — gewöhnlich liegen die niedrigsten Temperaturen früh — einen Spaziergang von $^1/_2$, später 1—$1^1/_2$ Stunde treten. Mit der fortschreitenden Besserung und bei Regelmäßigbleiben der Temperatur fällt dann auch die abendliche Liegekur aus und der Kranke ruht nur noch in der Zeit vor und nach dem Mittagessen. Die Temperatur bleibt neben den subjektiven Beschwerden (Husten, Auswurf, Mattigkeit, Gewicht) mit der beste Gradmesser für das Maß von Bewegung, das dem Kranken zuträglich ist. Die mittleren Liegekuren müssen oft noch monatelang eingehalten werden. Bei absolut fieberfreien Kranken, die in gutem Gewichtszustande sind und keine übermäßigen Allgemeinbeschwerden haben, genügt zumeist diese Liegezeit von Anfang an überhaupt, ja bei manchem genügt schon die Liegekur in Form eines Mittagschlafes. Bei Kranken, deren soziale Lage oder Beruf ein Aussetzen der Arbeit nicht ermöglicht, muß die arbeitsfreie Zeit (mittags und abends) entsprechend ausgenutzt werden. Darüber muß sich der Arzt genau informieren, und am besten die Einzelheiten der Verordnungen, Gewichte usw. auf der Temperaturkurve vermerken. Ein Rückblick auf die hieraus erkennbaren Fortschritte ist sicher auch ein gutes suggestives Moment, das das Zutrauen des Kranken zu dieser Behandlung steigert.

Dann gibt es noch eine ganze Reihe chronischer Tuberkulosen, die stationär, ja auf dem Wege zur Heilung sind und ausser evtl. in grösseren Zwischenräumen vorzunehmenden Tuberkulininjektionen (alle 2—4 Wochen) kaum noch besondere Verordnungen zu befolgen brauchen, also auch keine Liegekur mehr machen müssen.

Ort der Liegekur.

Nach Möglichkeit soll die Liegekur Sommer und Winter *im Freien* gemacht werden. Ist ein Garten vorhanden, kann man dort genau so ausgiebig wie bei der Freiluftbehandlung in den Anstalten Liegekur machen lassen. Denn kleine Lauben, wenn auch nur ganz primitive Verschläge, von drei Seiten gegen Wind geschützt, werden die meisten Kranken auf entsprechende Anregung des Arztes hin gerne herstellen lassen. Fehlen Gärten, so sind etwa vorhandene Loggien,



Veranden, Balkons, ja sogar Dächer geeignete Orte für die Liegekur. Sonst muss sie in einem möglichst sonnigen Zimmer bei weit geöffneten Fenstern vorgenommen werden. Im Winter wird am besten ein ungeheiztes Zimmer zur Liegekur benutzt, also oft wohl die „gute Stube", denn beim Aufenthalt im geheizten Zimmer wird zumeist nicht genügend und nicht dauernd gelüftet. Das Publikum sträubt sich eben, umsonst zu heizen. Es kostet manchmal harte Kämpfe, wenn draußen die Temperatur unter 0° C. ist, die Kranken noch im ungeheizten Zimmer oder gar im Freien liegen zu lassen; aber durchsetzen läßt es sich schon. Der Kranke muß natürlich bei solchen Temperaturen gut in Decken, Fußsack oder Pelz eingehüllt sein.

Liegestuhl, Beschäftigung während des Liegens.

Bei Liegekuren im Zimmer kann eine Chaiselongue benutzt werden; sie muß bequem sein, um das stundenlange Liegen darauf aushalten zu können. Sehr zweckmässig sind Ruheklappstühle mit Armlehnen und Fußstützen, für jede Körperlage einstellbar, die auch dem Minderbegüterten zu beschaffen nicht schwer fallen (Preis ca. 6 M. in einfacher Ausführung). Besser noch sind die Autoklappstühle mit Stellvorrichtung. Sie nehmen weniger Raum ein wie die korbgepflochtenen Liegestühle und sind sehr leicht wegzuräumen. Sogenannte Triumphstühle oder Faulenzer sind für Liegekuren der Lungenkranken durchaus ungeeignet, weil hier der Rücken hohl liegt, die Brust zusammengedrückt wird, der Kranke durch das Liegen, wenn er nicht zusammengekauert daliegt, auch angestrengt wird, während in den verstellbaren Stühlen eine freie unbehinderte Atmung nnd ein müheloses Liegen in jeder Körperlage möglich ist. Wo viel Platz ist, besonders für Gartenlauben und -Häuser, sind mit Matratzen belegte Korbliegestühle oder Feldbetten vorzuziehen.

Im Sommer kann man seine Kranken im Freien zwischen Bäumen auch eine Hängematte benutzen lassen, aber nicht die gewöhnlich gebräuchliche, die Atmung und Bewegung sehr behindert. Ich empfehle die Patenthängematte „System Beyer", Querhölzer an Kopf-, Knie- und Fußende, verstellbare Bänder für die Arme (auch die Lage für die Füße ist verstellbar) ermöglichen ein genau so bequemes Liegen wie auf dem Klappstuhl. (Zu beziehen von Plaut u. Co., Düsseldorf).

Der Effekt der Liegekur in freier Luft ist in den meisten Fällen schon nach kurzer Zeit zu bemerken in seiner günstigen Wirkung auf Husten, Auswurf, Allgemeinbefinden und Hebung des Appetits.

Häufig tritt die Frage an uns heran, ob sich die Kranken bei der Liegekur beschäftigen dürfen. Die meisten lernen es bald, ohne Beschäftigung zu liegen; Lektüre, (Zeitungen und Bücher) kann man, wenn sie nicht zu schwer zu halten sind, auch noch gestatten. Gegen die Anfertigung von Handarbeiten während der Liegekur bestehen aber insofern Bedenken, als sie den Kranken entweder zur Einhaltung einer sitzenden Lage zwingen, oder die Arme bald ermüden lassen.

Außer für die Ruhe bei der Liegekur muß für genügend lange Ruhe im Bett gesorgt werden. Auch die Zeiten des Schlafengehens und Aufstehens muß der Arzt bestimmen. Manche Kranken brauchen 12 Stunden Schlaf, manche nur die Ruhezeit eines Gesunden. Im Schlafzimmer muß die Freiluftkur insofern fortgesetzt werden,



als mit Ausnahme des Winters auch bei geöffneten Fenstern geschlafen werden soll; wenn draußen die Temperatur unter 0° ist, können die Fenster geschlossen bleiben, da der Temperaturunterschied zwischen Zimmer- und Aussenluft genügend Ventilation schafft.

Bewegung und Arbeit, Berufs- und Ortswechsel, Atemübungen, Luftbäder.

Der Wunsch, möglichst lange und ausgiebig frische Luft zu genießen, hat nun teilweise zu Übertreibungen geführt, die dem Kranken eher schädlich als nützlich gewesen sind. Ein Lungenkranker braucht, wie eben ausgeführt, vor allem Ruhe; deshalb ist es durchaus zu widerraten, daß z. B. Kranke von anstrengendem Tagewerk ermüdet, noch stundenlang am Abend umherlaufen, in der Meinung, nur so an der Luft zu sein. Des Arztes Sache ist es, ihnen dann klar zu machen, daß sie die Luft auch in der Ruhe genießen können, wenn sie die Fenster öffnen und ihre Liegekur machen; denn die Arbeit des Tages war gerade genug Anstrengung für ihren Organismus und ihre kranke Lunge. Ich bin nicht etwa ein Gegner von Spaziergängen; sie sind während der Zeit, wo der Kranke aus Rücksicht auf seine Kur überhaupt nicht arbeitet, also als Vorbereitung auf die Wiederaufnahme der Arbeit, wohl angebracht, und treten hier allmählich, wie oben beschrieben, an Stelle der Liegekur. Die Spaziergänge sollen zuerst nur kurz sein, dann länger, anfangs auf ebenen Wegen, dann auf mäßig steigenden. Herztätigkeit und Atmung bestimmen hier Qualität und Quantität der Leistungen. Der Kranke soll langsam, im Kurschritt, gehen mit geschlossenem Munde, bei Atemnot, Ermüdung, Herzklopfen stehenbleiben oder sich setzen; denn sonst schlägt die mit dem Gehen und Steigen beabsichtigte Kräftigung des Herzens und Vertiefung der Atmung in das Gegenteil um. Das ist vom alten Brehmer bereits immer wieder betont worden. Bei windigem Wetter bleiben die Patienten besser zu Hause. Im übrigen wählen sie für ihre Spaziergänge nach Möglichkeit Anlagen und Wälder in der Nähe, die ja auch in den Städten mit Hilfe von billigen Fahrgelegenheiten schnell erreichbar sind.

Hat nach der Lage des Falles mehrwöchige oder mehrmonatliche Beobachtung und Behandlung ergeben, dass die Krankheit Neigung hat, stationär zu werden, oder besser, ist sie stationär geworden, hat sich das Körpergewicht und Allgemeinbefinden entsprechend gehoben, sind auch bei größeren Spaziergängen die Temperaturen normal geblieben, dann ist zuerst teilweise und, wenn das gut vertragen wird, auch in vollem Umfange die Berufstätigkeit wieder aufzunehmen, natürlich vielleicht noch mit bestimmten Einschränkungen betr. die Verwendung der freien Zeit (Mittag und Feierabend) zu Kurzwecken. Es gibt Kranke, die schon mit stationären Befunden in Behandlung treten; für sie genügen meist einige Wochen Arbeitsenthaltung. Andere Patienten wieder müssen wenige, andere mehrere Monate von ihrer Berufstätigkeit fern gehalten werden. Bei Berufen, die eine besondere Anstrengung und Schädigung der Kranken mit sich bringen, ist ein evtl. Berufswechsel gleich bei Beginn der Kur vom Arzt vorzuschlagen. Der Kranke hat dann Zeit, sich während der arbeitslosen Wochen danach umzutun.

Über das, was an Berufen für Lungenkranke schädlich ist, gehen die Ansichten weit auseinander. Es wird vielfach jede, auch die



schwerste Arbeit, wenn sie nur im Freien ausgeführt werden kann, der Tätigkeit, die in geschlossenen Räumen ausgeübt wird, vorgezogen. N. m. E. mit Unrecht. Es kommt vor allem auf die Konstitution des Kranken an, ob er z. B. die schwere Muskelarbeit als Landmann oder die Arbeit als Gärtner — zwei mit Vorliebe Lungenkranken empfohlene Berufe — leisten kann. Ist seine Muskulatur entsprechend ausgebildet, er bisher an diese Arbeit gewöhnt gewesen, so ist es doch etwas anderes, als ob wir einem Arbeiter, der Muskelarbeit nicht kennt — ich nenne Schneider, Zigarrenarbeiter — plötzlich Landarbeit empfehlen. Diese Verhältnisse werden bei den Ratschlägen für Berufswechsel immer zu wenig berücksichtigt. Die meiste Verwirrung stiftet hier der Begriff „Luft". Ich habe es oft als falsch bezeichnen müssen und sehr viel Nachteil davon gesehen, daß man ohne Unterschied alle Leute zu Landarbeitern machen will.

Ebenso gedankenlos ist es, wenn für viele Berufe ein Ortswechsel empfohlen wird, ein „gesunderes Klima", wie man so sagt, und der betr. Kranke ist, abgesehen von der Zeit, wo er im Bett liegt, nicht in der Lage, dieses Klima zu genießen. So z. B. ist es für einen Barbier doch ziemlich gleichgültig, ob er in Halle oder in Davos rasiert, wenn er immer nur die Luft der Barbierstube atmet. Man soll vielmehr berücksichtigen, daß mit jedem Berufs- oder Stellungswechsel aus Gesundheitsrücksichten sich zumeist auch die Einnahmen verschlechtern, und daß wirtschaftlicher Notstand wiederum zu Neuerkrankungen disponiert, wissen wir ja. Also lieber vielleicht die alte Arbeit und guten Verdienst als eine neue Tätigkeit, die kaum Vorzüge hat, bei der man aber hungern und sich sorgen muss.

Arbeit, entsprechend abgestuft, ist bei fortschreitender Besserung entschieden in sehr vielen Fällen ein ebenso gutes Kurmittel wie zu Beginn der Behandlung die Liegekur. Vermehren sich aber Husten und Auswurf, tritt ein auffallender Gewichtssturz ein, verschlechtert sich das Allgemeinbefinden, erhöht sich die Körpertemperatur, so ist der Arbeitsversuch — und als einen solchen soll man zuerst die Wiederaufnahme der Arbeit immer nur ansehen — vorläufig noch aufzugeben. Der Arzt muß oft fragen und genau seine Anordnungen treffen, bevor sich der objektive lokale Befund merklich verschlechtert. Die subjektiven Beschwerden weisen ihn hier oft den richtigen Weg, und ihre Beachtung verhütet ernstere Schädigungen. Man halte dem nicht entgegen, daß die Kranken in dieser Beziehung nicht verläßlich sind; das kommt denn doch auf die persönliche Erfahrung an. Natürlich, die Kranken müssen sich stets des Ernstes der Situation bewusst sein. Der Arzt muß sofort bei der ersten Untersuchung offen und ehrlich seine wahre Ansicht über die vorhandene Tuberkulose — auch der Name muß gesagt werden — aussprechen. Er muß zugleich hervorheben, daß voraussichtlich eine monatelange —, ja jahrelange Befolgung ärztlicher Vorschriften und Behandlung notwendig ist, daß Besuche von Theatern und Konzerten, Vereins- und Gesellschaftsleben, ja längeres Verweilen in menschen- und rauchgefüllten Räumen noch auf lange Zeit gemieden werden müssen. Es schadet deshalb nichts, wenn man die Notwendigkeit eiserner Energie zur Durchführung der Kur betont. Das wird immer nur einzelne abstossen. Dafür kann man aber auch den folgsamen und vertrauenden Kranken zumeist gute Hoffnung auf Besserung, ja Heilung machen.

Spaziergänge und Arbeit bedingen in den meisten Fällen bald

wieder einen so ausgiebigen Gebrauch der Lungen, daß eine Vertiefung der Atmung von selbst eintritt. Von Atemübungen ist jedenfalls solange Abstand zu nehmen, wie noch ulzeröse Prozesse, schwerkatarrhalische Veränderungen feststellbar sind. Einfache Tiefatmungen, während der Liegekur oder auch bei aufrechter Haltung vorgenommen, sind natürlich schon früher angebracht. Von regelrechten Atemübungen mit Armbewegungen empfehle ich zuerst solche mit: Armseitwärts, -vorwärts und rückwärts-Heben, Arm-heben über den Kopf, Armschließen auf dem Rücken mit Heben auf die Zehen, zuletzt Übungen mit Hüftstütz und Kniebeuge, in der Form, wie sie Müller in seinem bekannten „mein System" beschrieben hat. Im allgemeinen mache ich bei Lungentuberlulose von Atemübungen nur geringen Gebrauch: Quieta non movere!

Wo bei geheilten Tuberkulosen oder durch lange Zeit stationären Fällen die Atmung noch lange sehr oberflächlich bleibt, besonders aber bei pleuritischen Verwachsungen, lasse ich Atemübungen in reichlicherem Maße machen. Außer der Betonung der tiefen Einatmung muß auch auf ein recht weites Ausatmen Wert gelegt werden; mir hat sich in dieser Beziehung die von Saenger angegebene Ausatmungsbehandlung, die unter Zuhilfnahme der Bauchpresse erfolgt, sehr bewährt. Zur Lockerung von pleuritischen Verwachsungen empfehlen sich Übungen mit Rumpf-seitwärts-Beugen und Hüftstütz auf der gesunden Seite, um die kranke Seite zu überdehnen.

In neuerer Zeit werden die Atemübungen vielfach kombiniert mit Luftbädern. Sie sind entschieden eine ganz vorzügliche Methode der Abhärtung, sodaß man öfter den Eindruck einer Überlegenheit über die hydrotherapeutischen Methoden hat. Luftbäder lasse ich meine Kranken zu Anfang in der Art nehmen, daß sich morgens bei der Toilette und abends vor dem Schlafengehen eine viertel bis eine ganze Stunde leicht oder kaum bekleidet im Zimmer bewegt wird; bei schon widerstandsfähigeren Kranken steht im Sommer dem Aufenthalt in einem freigelegenen Luft- und Sonnenbad nichts entgegen.

Kleidung.

Auch Vorschriften über Kleidung müssen ärztlicherseits gegeben werden, um einerseits abhärtende Wirkungen zu erzielen, andrerseits auf einen ausgiebigeren Gebrauch der Bauchatmung hinzuwirken. Zuviel und zu warme Kleidung erregt nur die Schweißsekretion und läßt den Kranken früher ermüden. Eine leichte durchlässigere Kleidung ermöglicht eine gute Ventilation und unterstützt auf diese Weise die für den Kranken so wichtige Hautatmung.

Die Bauchatmung liegt bei einer großen Zahl der Kranken infolge der Art der Kleidung sehr danieder. Bei Männern ist es der Gürtel, vor allem aber bei Frauen das Korsett, die den Gebrauch der Bauchatmung zum großen Teil unmöglich machen. Der Kampf gegen das Korsett besonders muß ärztlicherseits noch viel energischer geführt werden; aber nicht allein gegen das Korsett, sondern vor allem gegen das Binden der Röcke, wie Sell in letzter Zeit mit Recht betont hat. Außer der Behinderung der Zwerchfell- und Bauchatmung, einer Belastung des Herzens, resultieren aus dem Abschnüren durch Korsett und Rockbänder noch vielerlei Uuzuträglichkeiten wie



die Verschiebung der Bauchorgane, Stauung in dem Unterleib und den Extremitäten. Ich persönlich bin ein Anhänger der Reformkleidung, die natürlich nicht nur für die Ober-, sondern auch für die Unterkleidung durchgeführt werden muss. Wir können den Schultern es ruhig zumuten, das Oberkleid und den Unterrock, an einem Leibchen befestigt, an das auch das Beinkleid geknöpft wird, zu tragen; denn die Last verteilt sich ja nicht nur auf die Schultern, die an und für sich schon kräftig genug wären, sondern noch auf andere Muskelpartien und führt deshalb nicht zu einem irgendwie fühlbaren Druck. Also: keine Rockbänder, sondern Leibchen mit Achselbändern oder mindestens Röcke, hinten zum Knöpfen! Aber außer der Art spielt auch die Menge der Kleidungsstücke eine Rolle; mehr wie ein Unterkleid — man findet manchmal bis zu vier — auch in der kälteren Jahreszeit, ist kaum nötig, wenn die Kranken daran gewöhnt werden, geschlossene Beinkleider zu tragen, im Sommer aus leichten Stoffen, im Winter aus Wolle.

Auch die Nacht über sollen die Kranken möglichst leicht, also nur mit einem Leinenhemd bekleidet sein. Nötig ist, daß besondere Wäsche für Tag- und Nachtgebrauch vorhanden ist.

Hydrotherapie.

Ein mächtiger Heilfaktor, in seiner Wirkung der Freiluftkur ähnlich, ist die Hydrotherapie. Zuerst sei die rein mechanische Reinigung der Haut erwähnt, die damit verbundene Befreiung von Sekreten und die so erreichte Verbesserung der Hautatmung. Sie hat wieder eine Erleichterung der Abscheidung von tuberkulösen Toxinen im Gefolge; daneben ist aber die Waschung allein schon ein bedeutsamer Faktur wegen der in ihr liegenden erzieherischen Wirkung zur Sauberkeit.

In zweiter Linie, aber nur der Reihe, nicht dem Wert nach als zweite, kommt die tonisierende und exzitierende Wirkung der hydriatischen Prozeduren in Betracht, mit ihrem günstigen Einfluß auf Nervensystem, Atmung, Zirkulation, ja den Stoffwechsel insgesammt. Wir sehen den Appetit sich heben, den Schlaf sich bessern, nervöse Beschwerden schwinden, den Schleim sich lockern, den trockenen Husten sich vermindern, kurzum wir sehen für den Kranken subjektiv und für den Arzt objektiv wahrnehmbare Besserungen in großer Zahl.

Was gewöhnlich als Hauptziel der hydriatischen Behandlung angeführt wird, die sogen. Abhärtung d. h. die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit der Haut bei Witterungsumschlägen wird ja durch Liegekur, Luftbad und Bewegung im Freien sowie zweckmässige Kleidung auch schon angestrebt; aber besser wie durch wiederholte thermische Reize können wir die Reflexerregbarkeit der sensiblen peripherischen Hautnerven nicht herabsetzen, besser als durch Hebung des Blutreichtums und des Blutdurchflusses durch die Haut eine Verminderung der Neigungen zu Erkältungen nicht herbeiführen. So gelingt es, das sehr labile Wärmeregulierungsvermögen des Tuberkulösen zu einem stabileren zu machen.

Das Wasser, dessen wir uns bei hydriatischen Prozeduren bedienen, ist am besten von Zimmerwärme. Lauwarmes oder noch wärmeres Wasser hat lange nicht die exzitierende und tonisierende Wirkung des kalten Wassers, sondern wirkt mehr rein mechanisch als Reinigung. Zur Vermeidung einer unangenehmen, shokartigen Wirkung von Wasserbehandlungen ist es zweckmässiger, statt die Temperatur



des Wassers zu erhöhen, kleinere Flächen kürzere Zeit mit weniger nassen Tüchern zu bearbeiten und dann etwas schneller und kräftiger zu frottieren. Gewöhnlich stellt sich nach kalter Waschung und energischer Frottierung ein so angenehmes Gefühl der Wärme ein, dass sich die meisten Kranken sehr schnell daran gewöhnen. Bei sehr anämischen Patienten, die sich nach der Waschung nicht gleich erwärmen können, sondern frösteln, läßt man am besten noch für kurze Zeit (eine Viertelstunde) das Bett wiederaufsuchen.

Die Formen, in denen bei der Behandlung am Wohnort hydriatische Prozeduren in Betracht kommen, sind:

1. die sogen. Abreibung
2. Duschen
3. Einpackungen
4. Bäder.

Die Abreibung kann als Waschung des ganzen Kärpers oder als Teilwaschung von Brust und Rücken vorgenommen werden. Bei empfindlichen Personen empfiehlt es sich, mit Teilwaschungen zu beginnen. Sie sollen wie die Abreibungen früh und abends gemacht werden. Hat der Kranke sich so vorbereitet, und steht eine Dusche zur Verfügung, kann anstelle der Abreibungen am Morgen eine kurze Dusche treten. Sie soll ca 15° C. warm sein und anfangs nicht länger wie 2 Sekunden dauern, um nachher auf 15—20 Sekunden ausgedehnt zu werden. Nach der Dusche soll besonders gut frottiert und dann schnell Toilette gemacht werden. Temperierte Duschen, wie sie in Heilanstalten zur Verfügung stehen und ein ausgezeichnetes Mittel zur Gewöhnung an Duschen überhaupt bilden, werden wir in den Wohnungen unserer Kranken zumeist vermissen. Das „Stadium" der Lungentuberkulose, das vielfach den ärztlichen Verordnungen, auch oft bezgl. der Dusche, zugrundegelegt wird, kann hier wie auch sonst nur eine untergeordnete Rolle spielen. Bei stationären Tuberkulosen kann man auch im dritten Stadium Duschen verordnen.

Eine besonders günstige Wirkung entfalten in der Tuberkulosetherapie die Einpackungen; am bekanntesten sind die Kreuzwickel, bestehend aus über der Brust gekreuzten Leinentüchern und bedeckt mit Flanellbinden, je nachdem was man erreichen will, mit oder ohne wasserdichten Stoff als Zwischenlage. Um die Temperaturen bei interkurrenten fieberhaften Erkrankungen herabzusetzen, die Wärmeretention zu lösen, läßt man die Packungen meist ohne Zwischenlage von wasserdichtem Stoff machen. Will man eine längere Einwirkung feuchter Wärme erzielen, die sich mir besonders als Expektorans außerordentlich zweckmäßig erwiesen hat, benutzt man eine wasserdichte Zwischenlage. Hervorragend wirken Brustpackungen bei Nachtschweißen. Wir nehmen heute an, daß die Schweiße bei Tuberkulösen auftreten infolge der Labilität des wärmeregulatorischen Apparates, die hervorgerufen ist durch die spezifische Intoxikation. Es handelt sich dabei nach Strasser um eine vorwiegende Neigung zur Atonie der Gefäße, besonders der Hautgefäße. Das nächtliche Auftreten der Schweiße ist in der Verkleinerung der respiratorischen Oberfläche und Kohlensäureanhäufung während der Nacht begründet. Der Gefäßtonus wird nun durch die Klimatotherapie, wie erwähnt, schon günstig beeinflußt. Nicht ganz mit Recht haben aus diesen Gründen die Heilanstalten diese Wirkung als eine reinspezifische ihres Klimas, also meistens des Höhenklimas, bezeichnet. Wir



wissen aber aus hundertfältiger Erfahrung, daß wir auch in den Städten genau so schnell Nachtschweiße zum Schwinden bringen können, wenn wir für eine genügende Ventilation des Schlafzimmers und für eine bessere Hautatmung sorgen. Das erreichen wir durch leichtere Bekleidung während des Schlafes, Benutzung leichter und weniger, ja möglichst gar keiner, Federbetten und durch entsprechende Wasseranwendung.

Noch einige Worte über die Art des Brustwickels: die einfachste Form besteht in zwei Handtüchern und einem grossen wollenen Tuch oder einer Reisedecke. Die Handtücher werden an den schmalen Kanten aneinander geheftet, angefeuchtet und so umgelegt, daß die Naht in die Mitte des Rückens kommt und die Enden der Tücher sich über der Brust nach der entgegengesetzten Schulter hinkreuzen. Darüber soll das Wolltuch mit Klammernadeln recht gut befestigt werden. Anstelle des Wolltuches werden natürlich besser Flanellbinden verwandt. Sie haben aber wie die Tücher den Nachteil, oft nicht ohne Hilfe umgelegt werden zu können und sich leicht zu verschieben. Ich empfehle deshalb seit Jahren die Görbersdorfer Brustpackung*). Sie besteht aus drei Westen, die vorne mit Sicherheitsnadeln geschlossen werden.

Die unterste Weste ist die anzufeuchtende Leinewand, darüber kommt der wasserdichte Stoff, der von Flanell bedeckt wird. Diese Packung hat den Vorzug, ohne Hilfe umgelegt werden zu können und sich nicht zu verschieben. Die Einpackungen sind leider nicht in allen Fällen, wo sie indiziert erscheinen, anzuwenden, denn eine Reihe, meist anämischer, Kranker erwärmt sich nicht in ihr, sondern friert, auch wenn man, was ja nicht so zweckmäßig ist, sich warmen Wassers bedient. Auch stört die Packung, allerdings in seltenen Fällen, manchmal die Nachtruhe der Kranken, während sie andrerseits direkt schlafbringend wirken kann.

Wöchentlich ein Bad von ca. 33° C. ist (ca. 5 Minuten lang) im Interesse der Hautpflege unsrer Kranken erwünscht. Für Kranke, die sonst schon körperlichen Anstrengungen gewachsen sind, kommen auch kürzere Fluß- oder Seebäder während der heißen Zeit in Betracht.

Mit der Anwendung der genannten hydriatischen Prozeduren bin ich in der ambulanten Tuberkulosetherapie ausgekommen. Mehr Wasseranwendungen sind bei Tuberkulose gewöhnlich nicht angezeigt; auch diese wenigen sollen nicht schematisch, sondern von Fall zu Fall, je nach ihrer Zweckmäßigkeit, verordnet werden. Eingreifendere Wasserprozeduren oder Knie-, Schenkel-, Lendengüsse usw., sowie verschieden temperierte Hand-, Arm- und Fußbäder, wie sie in manchen Wasserheilanstalten und von „Naturärzten" empfohlen werden, haben wohl kaum einen therapeutischen, wohl aber öfter einen schädlichen Einfluß, besonders wenn damit die Zeit zugebracht wird, in der eine sachgemäße Behandlung noch einen Erfolg gezeitigt hätte.

(Schluss folgt.)

*) Zu beziehen von dem Bademeister der Brehmer'schen Anstalten in Görbersdorf i. Schl. Katiofsky.



Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie u. path. Anatomie.

Matti, H. (Bern). **Untersuchungen über die Wirkung experimenteller Ausschaltung der Thymusdrüse. Ein Beitrag zur Physiologie und Pathologie der Thymus.** (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie **1912, XXIV. Bd., H. 5.)**

Die vollständige Thymusexstirpation hat bei Hunden typische Ausfallserscheinungen zur Folge; in einer untergeordneten Zahl von Fällen war das Resultat der Thymektomie ein negatives bezüglich Beeinflussung des Allgemeinzustandes und Veränderungen am Skelett, aus Gründen, die wir vorstehend auseinandergesetzt haben.

Nach einem verschieden langen Latenzstadium, während welchem nur ein Zurückbleiben der Gewichtskurve gegenüber derjenigen der Kontrolltiere zu konstatieren ist, werden die operierten Tiere zunehmend träger, leichter ermüdbar, deutlich muskelschwach, Veränderungen am Skelett treten auf, welche den bei Rachitis zu beobachtenden schon makroskopisch sehr ähnlich sehen und schließlich sind die Tiere in einem Höhestadium der Skeletterweichung und Muskelschwäche in ihrer Lokomotion hochgradigst gestört; werden die Hunde weiter beobachtet, so tritt ein deutliches Stadium der Kachexie in Erscheinung, an dem der Unterernährung infolge gehinderter Lokomotion wohl ein wesentlicher ursächlicher Anteil zukommt, und welches zum Tode führt. Eine eigentliche Idiotie ist bei den thymektomierten Hunden unserer Erfahrung nach nicht zu beobachten. Das Bild des thymopriven Zustandes ist ein wohlcharakterisiertes und typisches.

Die Veränderungen am Knochensystem zeigen eine weitgehende und in allen wesentlichen Punkten vollständige Übereinstimmung mit Rachitis; die gegenüber der Rachitis beim Menschen etwa vorhandenen Unterschiede erklären sich aus dem Umstande, daß die Hunde schneller wachsen und entsprechend im Wachstum weiter fortgeschritten sind, wenn der Thymusausfall sich geltend zu machen beginnt, als das beim Einsetzen der Rachitis des Menschen der Fall zu sein pflegt. Aus dieser morphologischen Übereinstimmung kann natürlich noch nicht auf eine Wesensgleichheit geschlossen werden. Die Veränderungen am Skelett sind als thymektogene aufzufassen, und beruhen, allgemein ausgedrückt, auf einer mangelhaften Kalkaufnahmefähigkeit des im Übermaß produzierten neuen Knochengewebes, also auf einer Störung des intermediären Stoffwechsels.

Die auffällige Muskelschwäche der ekthymierten Tiere ist den Skelettveränderungen koordiniert und stellt eine Teilerscheinung der nach Thymusausschaltung auftretenden Allgemeinerkrankung dar; morphologisch charakterisiert sie sich als Atrophie mit degenerativen Erscheinungen.

Für einen Zusammenhang zwischen Thymus und Blutbildung im extrauterinen Leben ergeben sich in den Blutuntersuchungen an thymektomierten Tieren keine Anhaltspunkte; doch tritt bei operierten Hunden die physiologische Abnahme der Lymphozyten und die Zunahme der neutrophilen Leukozyten später ein, als bei Kontrolltieren, entsprechend der Entwicklungshemmung ekthymierter Tiere.

Aus dem makroskopischen und mikroskopischen Verhalten des Nebennierenmarks erhält man den bestimmten Eindruck, es trete nach Thymektomie eine Hypertrophie des intrasuprarenalen Teils des chromaffinen Systems ein; es liegen Anhaltspunkte für die Annahme vor, daß diese Hypertrophie des Nebennierenmarks korrelativer Art sein könnte.

Die Schilddrüse der thymektomierten Hunde zeigte eine geringe Gewichtsvermehrung, welche, zusammengehalten mit den mikroskopisch beobachteten Veränderungen, für eine Hypertrophie spricht; wahrscheinlich liegt eine vermehrte, ziemlich sicher eine veränderte (qualitativ oder nur quantitativ) Schilddrüsenfunktion vor. Durch verschiedene Befunde werden Be-



ziehungen zwischen Thymus und Milz wahrscheinlich gemacht; kombinierte Thymus-Milzexstirpation wirkt nicht direkt tödlich. Die Frage soll weiter untersucht werden.

Für die Beurteilung der Korrelationen zwischen Thymus und Geschlechtsdrüsen ist das Material des Verfassers nicht geeignet, eine auffällige Hemmung der Spermatogenese und der Ovulation nach Thymektomie konnte Verfasser jedenfalls nicht feststellen.

Nach vorgenommenen Wägungen ist das Pankreas bei ekthymierten Tieren deutlich hypertrophisch; aus der Feststellung einer gewissen Vermehrung der Langenhansschen Inseln in der Cauda pancreatis der operierten Tiere einzelner Würfe wagen wir keine Schlüsse zu ziehen; Zufälligkeit ist nicht ausgeschlossen.

Die Hypophyse scheint bei thymektomierten Hunden relativ größer zu sein, ist aber im Stadium der Kachexie kleiner. Das relative Gewicht der Leber war bei operierten Hunden höher.

Im Rückenmark und Gehirn finden sich bei einem untersuchten kachektischen Tier in Übereinstimmung mit den von Klose und Vogt erhobenen Befunden vermehrte Abbauerscheinungen. K. Boas-Straßburg i. E.

Cassinis, U. (Rom), Azione di alcune sostanze chimiche applicate su un tratto dello sciatico di rana (Wirkung einiger chemischer Stoffe auf einen Abschnitt der Nervus ischiadicus beim Frosche. (Zeitschr. f. allg. Physiologie 1912, Bd. XIII, H. 4, p. 443.)

Vorliegende Untersuchungen über die Wirkung einiger Stoffe auf eine begrenzte Nervenstrecke wurden einerseits am Froschischiadicus des gewöhnlichen Nervenmuskelpräparates und andererseits am selben bloßgelegten, sonst mit den Zentren in normaler Beziehung stehenden Nerven ausgeführt. Dabei wurde hauptsächlich das Verhalten der Leitungsfähigkeit der beeinflußten Nervenstrecke während und nach der Einwirkung ermittelt. Untersucht wurde die Wirkung von verschieden starken Lösungen von Strychnin, Phenol, Stovain, Kokain, Schwefelsäure, Natronlauge, Alkohol, Kupfersulfat, Sublimat, Ferrisulfat, Zinksulfat und Mangansulfat.

1. Strychnin und Phenol erweisen eine gleiche Lähmungswirkung, indem sie auch in verhältnismäßig schwacher Dosis nach einer mehr oder weniger langen Latenzzeit die Erregungsleitung plötzlich herabsetzen, bzw. unterbrechen. Die durch nachträgliches Einlegen des geschädigten Präparates in reine physiologische Lösung bewirkte Wiederherstellung der Leitungsfähigkeit erfolgt nur für sehr wenige Konzentrationen (0,04 bis 0,05% für Strychnin, 0,07—0,10% für Phenol).

Diese Wirkung ist insofern ausnehmend und merkwürdig, daß genannte Stoffe auf bestimmte Zentralelemente der Zerebrospinalachse eine erregende Wirkung ausüben.

2. Stovain und Kokain zeigen ebenfalls eine gleiche Lähmungswirkung; für sie ist eigentümlich, daß die Reparationsfähigkeit innerhalb weiter Grenzen (von 0,01—0,50%) möglich ist. Dies steht wohl mit der pharmakologischen Erfahrung in Einklang, daß obige Stoffe als Anästhetika wirken.

Auch Alkohol zeigt eine ähnliche Wirkung; doch sind bedeutend höhere Konzentrationen zur Unterbrechung der Nervenleitung notwendig.

3. Schwefelsäure und Natronlauge unterbrechen rasch und unwiderruflich die Leitungsfähigkeit selbst bei verhältnismäßig schwächsten Dosen. Die Wirkung steht wohl im Einklang mit den bekannten Eigenschaften dieser Stoffe, welche als starke freie Säure bzw. Basis die Nervenbestandteile (namentlich Eiweißkörper) angreifen und fixieren.

4. Die untersuchten Schwermetallsalze zeigen dagegen keine konstante, d. h. allen gemeinsame Wirkung.

Sublimat, selbst zu sehr schwachen Dosen (0,01%), unterbricht rasch und unwiderruflich die Nervenleitung, was wohl durch dessen sonst



bekannte biochemische Eigenschaft, für alle lebendigen Substanzen ein starkes Gift zu sein, erklärbar ist.

Die übrigen Metallsalze zeigen eine kaum deutliche schädigende Wirkung, denn es müssen fast immer gesättigte Lösungen angewendet werden, um Unterbrechung der Nervenleitung zu erzielen. Starke Konzentrationen, wie 20%, 10%, zeigen sich unter den gegebenen Versuchsbedingungen wirkungslos, was durch ihre sonstigen bekannten chemischen und physikalisch-chemischen Eigenschaften schwer erklärlich ist. Ferner zeigen sie eine verschiedene Wirkung, je nachdem ihr Verhalten am Nervmuskelpräparat oder am ganzen Tier untersucht wird, sie verhalten sich auch verschieden, je nachdem die natürlichen oder elektrischen oder mechanischen Reize zur Ermittlung der Leitungsfähigkeit angewendet werden. In dieser Hinsicht scheint zunächst die Leitung der natürlichen afferenten und efferenten Erregungen zu leiden, dann die Leitung der Erregungen durch mechanische Nervenreizung. Die Erregungsleitung nach elektrischer Nervenreizung scheint dagegen kaum beeinflußt; sie wird mitunter eher erhöht (soweit eine Erhöhung der Nervenleitung aus einer Herabsetzung des Wertes der Reizschwelle zu folgern ist) als erniedrigt. Vielleicht steht diese Tatsache mit den elektrischen Eigenschaften der untersuchten chemischen Verbindungen in Zusammenhang. Dies erweckt den Eindruck, daß mitunter die Nervenerregungen durch natürliche, mechanische und elektrische Reize als verschiedene Vorgänge auftreten können.

K. Boas-Straßburg i. E.

Gaisböck, Felix (Innsbruck), **Zur Pharmakodynamik und therapeutischen Verwendung der Adrenalinwirkung.** (Therap. Monatsh. Aug. 1912.)

Die subkutane Anwendung des Adrenalins erscheint indiziert bei schwerer akuter oder subakuter Kreislaufschwäche bei Infektionskrankheiten (Pneumonie, Typhus, Sepsis, Scharlach, Diphtherie usw.), wenn andere Exzitanzien wie Strophantin, Digalen, Theobromin, Koffein, Kampfer ohne deutliche Wirkung bleiben. Besonders wichtig sind die Befunde der pathologischen Anatomen, die auch nach Anwendung von mehr als 100 mg Adrenalin bei Patienten, die zur Autopsie kamen, keine Veränderungen an Herz und Gefäßen gefunden haben, die auf Adrenalin hätten bezogen werden müssen (Kauert, Loeschke, Kirchheim). Daß in solchen Fällen das Adrenalin noch besser vertragen wird, könnte vielleicht dadurch plausibel erscheinen, daß bei dem hochgradigen Mangel an selbsterzeugtem Adrenalin die Konzentration des ins Blut eingeführten Adrenalins die normale Höhe nicht erreicht oder nur relativ wenig überschreitet. In günstigem Sinne für Adrenalin sprechen noch Experimente von Falk, der bei der kombinierten Einverleibung von Adrenalin mit Staphylokokkenkulturen, Terpentinöl, Sesamöl eine auffallende Abschwächung der sonst gesehenen schädlichen Wirkung auf die Gefäße gesehen hat, und Josuë gibt an, daß ein Kaninchen, das mit Diphtherieantiserum behandelt worden war, sich als resistent gegen Adrenalinwirkung erwies. Eine ganz spezifische Wirkung entfaltet Adrenalin beim Asthma bronch. nervos. und verwandten Zuständen. Die Kupierung des Anfalls ist bei diesem quälenden Leiden die größte Wohltat für die Kranken. Zur Behandlung des Grundleidens sind natürlich dann andere Hilfsmittel heranzuziehen, die die Gesamtkonstitution des Organismus und besonders des Nervensystems heben. — Die günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden bei Urämie ist besonders auffallend, zumal die längere Dauer der Euphorie einen reellen Grund haben muß, da Appetit und geistige Frische damit parallel gehoben werden. Auch die mehr oder weniger hervortretende Steigerung der Diurese sowie die Schweißsekretion geben uns einen Hinweis auf die Förderung der sekretorischen Apparate. Die von allen Kranken spontan betonte Beseitigung des so schwer empfundenen Oppressionsgefühls und der Atembeklemmung, eine ausgesprochene Euphorie, kommt uns nicht nur im Gefolge von

Nieren-, sondern wohl auch bei Herzstörungen sehr zustatten, und zwar bei organischen wie auch nervös bedingten Formen. Die Höhe der wirksamen Dosis für den Erwachsenen liegt zwischen 0,5 und 1 mg.

S. Leo.

Bertolini, Amilcare (Genua), **Die biochemischen Methoden der Krebsdiagnose. (Sui metodi biologici, biofisici e biochimici di diagnose del cancro.)** (Annali dell' Istituto Maragliano, Vol. VI. 1912. Fasc. 2. S. 65—184.)

In der Auffassung des Karzinoms hat sich ganz allmählich ein Umschwung vollzogen. Betrachtete man früher die Geschwulst als ein Lokalleiden, so wird jetzt die Beteiligung des Gesamtorganismus mehr in den Vordergrund gerückt. Die Bemühungen, die Krebsdiagnose auf das chemische, biologische, morphologische Verhalten des Blutes, Urins, der Haut, Augen usw. zu basieren, sind ein Ausdruck hiefür. Viele Methoden sind angegeben worden, so viele, daß kaum noch jemand alle übersehen kann. Da ist es denn ein verdienstliches Unternehmen von Dr. Bertolini, dieselben zu sammengestellt zu haben. Zunächst handelte es sich für ihn um objektives Referieren. Kritische Bemerkungen und eigene Untersuchungen sollen in einer weiteren Arbeit folgen.

Buttersack-Trier.

Bakteriologie und Serologie.

Fermi und Lumbau (Sassari), **Können Anopheles-Mücken auf den Menschen Malaria übertragen, ohne sich durch Besuch von Malariakranken verseucht zu haben? Können dieselben sich die Infektion aus anderen Tieren als dem Menschen holen?** (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.)

Anopheles-Stechmücken, die malariakranke Menschen nicht gestochen haben, können Malaria nicht übertragen. Ebenso können Anophelen, die nur Fledermäuse, Sperlinge, Wachteln, Eulen und Frösche aus malarischen Ortschaften gestochen haben, Malaria auf den Menschen nicht übertragen. Weitere Untersuchungen sind aber erforderlich, weil die äußerst geringe Anzahl infizierter Anophelen in Malariagegenden, das plötzliche Ausbrechen des sommerherbstlichen Fiebers gerade zur Zeit der beinahe völligen Abwesenheit von Halbmonden im Blute und das Auftreten von Sumpffieber in Gegenden, wo malariakranke Menschen fehlen, noch zu erklären sind."

Schürmann.

Ogata (Tokio), **Über die Ätiologie der Tsutsugamushi- (Kedani)- Krankheit. (Centralbl. f. Bakt. Bd. 65, H. 1/3.)**

Die Tsutsugamushikrankheit ist eine spezifische, durch einen charakteristischen Fadenpilz verursachte Infektionskrankheit, die durch eine Milbe übertragen wird. Dieser Fadenpilz bildet keulenförmige Sporen und erzeugt bei Menschen und Versuchstieren die typische Tsutsugamushikrankheit. Verfasser behandelte die Kranken mit Chinin oder Atoxyl, hatte aber mit diesen Präparaten keinen Erfolg. Dann wandte er innerlich Jodkali und äußerlich Quecksilberschmierkur an und erzielte überraschend gute Resultate. Das Fieber ließ nach und die Geschwüre heilten rasch ab. Allen Leuten, die den Infektionsherd betreten müssen, empfiehlt Verfasser eine Quecksilberschmierkur als Prophylaxe.

Schürmann.

Innere Medizin.

Nicolas, J., Favre, M. u. Augagneur, A. (Lyon), **Wert der Tuberkulosediagnose nach Yamamouchi.** (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 152. S. 198—199.)

Zu den charakteristischen Eigenschaften unserer Zeit gehört ein negatives Moment: Mangel an geistiger Ruhe, Unvermögen, sich zu bescheiden, warten zu können. Dieser Mangel an philosophischem Sinn bringt es mit sich, daß dauernd geistreiche Einfälle wie glänzende Seifenblasen auf der



Oberfläche der Wissenschaft erscheinen, aber bei näherem Zusehen — gleichfalls wie Seifenblasen — zu Nichts zerplatzen. Die früheren Jahrgänge unserer Zeitschriften erscheinen dann wie große Kinder-Friedhöfe, in denen allerlei Ideen, richtige und falsche, friedlich nebeneinander schlummern, weil ihre Väter sich nicht die Zeit nahmen, sie ordentlich großzuziehen.

So kam 1908 Yamamouchi in konsequenter Verfolgung der Lehren von der Anaphylaxie auf die Idee, Blutserum oder Pleura-, Peritoneal- usw. Exsudate tuberkuloseverdächtiger Patienten Kaninchen in die Bauchhöhle zu spritzen, und dieser Injektion nach 1—2 Tagen eine solche von Tuberkelbazillenextrakt folgen zu lassen. Traten nunmehr die bekannten anaphylaktischen Erscheinungen auf, so bewies das, daß das zuerst eingespritzte Serum von einem Tuberkulösen stammte. Traten sie nicht auf, so erschien der in Rede stehende Patient tuberkulosefrei. Der Gedankengang war logisch, und in der Tat fielen die Versuche von Yamamouchi damit übereinstimmend aus. Die drei Professoren von Lyon haben bei der Wichtigkeit der Sache diese diagnostische Methode wieder aufgenommen. Aber obwohl sie Serum von veritablen Tuberkulösen einspritzten, konnten sie in sechs eklatanten Fällen keinerlei anaphylaktische Symptome bei den Versuchstieren entdecken. Es erhebt sich nun die Frage, ob irgendein versuchstechnischer Fehler vorliegt, oder ob nicht die ganze Lehre von der Anaphylaxie revisionsbedürftig ist. Die letztere Frage ist allerdings augenblicklich noch nicht zeitgemäß. Buttersack-Trier.

Vogt, Hans, Zur Prophylaxe und Ernährungstherapie der Lungenerkrankungen im Kindesalter. (Therap. Monatsh. Aug. 1912.)

Von besonderem Interesse, aber noch wenig erforscht, sind die Beziehungen der Ernährung zur Disposition für Infektionskrankheiten. Nur wenige meist aus klinischen Beobachtungen abgeleitete Tatsachen lassen sich hier anführen. Am augenfälligsten tritt die Bedeutung der Ernährung für die Immunität zutage in der hohen Widerstandskraft der Brustkinder im Vergleich zu künstlich genährten Säuglingen. Das wird vielleicht bis zu einem gewissen Grade verständlich, wenn man sich an den hohen Fettgehalt der Nahrung der Brustkinder erinnert. Denn Beobachtungen an Tieren, bei denen man mit quantitativ dosierten Infektionen arbeiten kann, haben ergeben, daß fettreiche Nahrung zur Entstehung einer höheren Immunität gegen Infektion mit Tuberkulose führt als kohlehydratreiche Nahrung. Sonst wissen wir nur noch, daß der tierische Organismus Infektionen um so leichter erliegt, je höher sein Wassergehalt ist. Beide Beobachtungen lassen sich in einen gewissen Zusammenhang bringen, da fettreiche Ernährung die Entwicklung eines relativ wasserarmen Körpers begünstigt, während eine kohlehydratreiche Kost zu größerem Wasseransatz führt. Erwähnt sei noch, daß einseitige Ernährung mit Milch und Eiern, aber auch mit großen Mengen Kohlehydrat einen ungünstigen Einfluß ausübt bei Disposition zu exsudativer Diathese, auf deren Boden ja Infektionen üppig gedeihen. Einen weiteren Einblick in die Beziehungen zwischen der Art der Ernährung und der Entwicklung von Respirationskrankheiten haben uns Untersuchungen der letzten Jahre gebracht, die uns die Bedeutung der Zwerchfellatmung höher als früher einschätzen lehrten. Unter normalen Verhältnissen übt die Tätigkeit des Zwerchfells einen förderlichen Einfluß auf den Kreislauf aus. Noch wichtiger als für den Erwachsenen ist die Zwerchfellatmung für den Säugling, der schon zur Bestreitung seines Atembedürfnisses überwiegend auf die Zwerchfellatmung angewiesen ist. Voraussetzung für ein normales Spiel des Zwerchfells ist eine entsprechende Füllung des Bauches und ein normaler Widerstand der Bauchdecken. Bei unzweckmäßig geleiteter Ernährung der Säuglinge kommt es dahin, daß diesen Voraussetzungen für eine normale Funktion des Zwerchfells nicht entsprochen wird. So sinkt bei zu lange fortgesetzter einseitiger Milchernährung der Tonus der gesamten Muskulatur und entsprechend auch der Bauchdecken, es entwickeln sich große schlaffe Bäuche. Bei übermäßiger Zufuhr von Kohlehydraten



kommt es, wenn akute Störungen ausbleiben, zu abnormem Fettansatz und ebenfalls zu Auftreibung des Leibes. In beiden Fällen bewähren sich die Säuglinge schlecht, wenn sie von akuten Erkrankungen der tieferen Luftwege betroffen werden. Frühzeitig entwickelt sich dann bei ihnen hochgradige Dyspnoe und Zyanose, und sie erliegen leichter der Infektion als zweckmäßig ernährte muskelkräftige Kinder. S. Leo.

Dumarest, F., Arbeitskuren bei Tuberkulösen. (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 152, S. 211.)

Wie sich doch die Zeiten ändern! Galt bis vor kurzem bei der Behandlung Tuberkulöser die Devise: Liegekur, Überernährung, Ruhe, Freiluft, so hat Dr. Paterson in der Lungenheilstätte Frimley die Dinge geradezu auf den Kopf gestellt. Zwar den Aufenthalt im Freien hat er beibehalten, sogar noch übertrieben; denn seine Patienten sind in Baracken untergebracht, welche so ziemlich nach allen Seiten offen sind. Aber Liegekur läßt er nur fieberhafte Kranke machen; ist jedoch die Temperatur acht Tage normal geblieben, dann beginnen sofort Spaziergänge, erst kleine, dann große, und dem fügt er alsbald körperliche Arbeiten an. Die Kranken müssen gradatim 12, 18, 24 Pfund 80mal im Tag auf eine bestimmte Höhe hinaufschaffen, sie müssen schaufeln, hacken, mauern, graben, Holz spalten usw.; daneben natürlich ihre Räume in Ordnung halten, den Boden scheuern, die Messing- und Kupfersachen putzen u. dgl. Vier Wochen vor der Entlassung dürfen sie sich wieder zur Einübung in ihrem gewohnten Berufe betätigen. — Mutatis mutandis geht es den Frauen entsprechend.

Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen und Fieber sind Indikationen fürs Bett. 99° F (= 37,2° C) nimmt Paterson als Fiebergrenze.

Bemerkenswert ist noch, daß die Aufnahme in das Sanatorium Frimley nicht vom physikalischen Lungenbefund abhängig gemacht ist, sondern von der Gesamtkonstitution und insbesondere von einer, bei eventuell früheren Attacken bewiesenen Widerstandsfähigkeit des Organismus.

Buttersack-Trier.

Griniew, P. (St. Petersburg), Ferments intracellulaires et infection chronique. (Arch. des sciences biol. publ. par l'Instit. impér. de méd. expér. 1912, T. XVII, Nr. 2, S. 177—217.)

Die Frage, wie sich die verschiedenen Fermente im Verlauf einer chronischen Infektion (Tuberkulose) verhalten, erschien der Leiterin des Laboratoriums für biologische Chemie, Mme Sieber-Schumowa, einer Experimentaluntersuchung würdig. Griniew führte diese mit Fleiß aus. Resultat: das fettspaltende Ferment ist in allen Organen und Geweben herabgesetzt; die andern Fermente dagegen (Katalase, Amylase, Nuklease) erscheinen in den einen Organen vermehrt, in anderen vermindert. Am ausgesprochensten finden sich diese Verschiebungen bei den wichtigsten Organen, wie Leber und Nieren. Die intrazellulären Fermente sind ersichtlich aufs engste mit dem Gesamtzustand des Zell-Plasmas verknüpft und dürften wohl auch bei den Verteidigungsreaktionen gegen Infektionen eine bedeutungsvolle Rolle spielen. Buttersack-Trier.

Ziegel, Pneumonie und Peritonitis. (Medical Record 1912, Nr. 20.)

Ziegel beobachtete einen Patienten mit Fieber, Leibschmerzen und Kontrakturen der Bauchmuskeln im Gefolge einer Pneumonie, und da diese Erscheinungen ungleich mehr hervortraten, als jene seitens der Lungen, so meint er, es habe sich dabei um Vortäuschung einer lokalisierten Peritonitis gehandelt. Das ist natürlich eine schiefe Auffassung der Dinge. Der Pneumokokkus richtet sich nicht nach den Einteilungen der deskriptiven Anatomie und der von ihr abhängigen klinischen Lehrbücher, sondern siedelt sich gelegentlich auch auf anderen serösen Häuten an. Im vorliegenden Falle dürfte es sich somit um eine wirkliche peritoneale Reizung, und nicht um eine Vortäuschung gehandelt haben. Buttersack-Trier.



Williams, Oxaluria dolorosa. (Med. Record 1912, Nr. 19.)

Nicht selten ist man versucht, das berühmte Zitat: „Schnell fertig ist die Jugend mit dem Wort“ etwa in dieser Weise zu variieren: „Schnell greift zum Messer der Chirurg.“ So kam einmal ein Patient zu Dr. Williams mit heftigen Klagen in der Nieren- bezw. Ureterengegend. Im stark sauren Urin fanden sich zwar keine Steine, aber viele rote Blutkörperchen, sowie Kristalle von oxalsaurem Kalk. Der herbeigezogene Chirurg nahm einen Nierenstein an und erklärte die sofortige Operation für unumgänglich notwendig. Diese wurde zwar gemacht, ein Konkrement aber nicht gefunden.

Von diesem Erlebnis ausgehend konstruiert Williams das Krankheitsbild der schmerzhaften Oxalurie und glaubt, sie lasse sich am besten diätetisch bekämpfen, indem alle Oxalsäure-Lieferanten, wie Orangen, Äpfel, Trauben, Tomaten, Rhabarber, Karotten, Kohlarten, Spargel usw. verboten würden. Von Medikamenten verspricht er sich nicht viel.

Buttersack-Trier.

Chirurgie und Orthopädie.

Tansini (Pavia), Alkohol zur Desinfektion der Bauchhöhle. (Riforma medica 1912. — Gazette méd. de Paris 1912, Nr. 150. S. 187.)

Der Chirurg von Pavia hat bei 2 Patienten, bei welchen Darminhalt in die Bauchhöhle geflossen war, die Darmschlingen und das Bauchfell mit 95 % Alkohol abgetupft und gereinigt. Beide Male sind die Kranken mit dem Leben davongekommen, so daß Tansini diese Methode der Desinfektion jetzt in allen derartigen Fällen anwendet.

Buttersack-Trier.

Canestrini u. v. Saar, Frh. (Graz), Zur Frage der sellaren Palliativtrepanation. (Beiträge zur klin. Chirurgie 1911, Bd. 72, S. 217.)

In der Frage der sellaren Palliativtrepanation nehmen die Verfasser folgenden Standpunkt ein:

Zur symptomatischen Behandlung nicht lokalisierbarer Hirntumoren scheint nur die Kochersche Ventilanlegung technisch leichter und für den Patienten wesentlich schonender zu sein.

Bei Hydrocephalus internus kommt gleichfalls die Trepanation an der Konvexität in Frage; bei Hydrocephalus internus erachten wir den Anton-Bramannschen Balkenstich als leichter und ungefährlicher; eventuell wäre als ultima ratio die Methode von Payr in Anwendung zu ziehen (Ableitung des Liquor cerebrospinalis aus dem Seitenventrikel in den Sinus sagittalis mittels freier Venentransplantation).

Auch für die Kraniostenose kommen die obengenannten Methoden in Betracht.

Für Tumoren oder Zysten an der Basis des 3. Ventrikels sind die Verfasser mit Schlossers sellarer Trepanation einverstanden.

Was die hartnäckige Migräne, Epilepsie und Psychosen anbelangt, falls das Bestehen eines Mißverständnisses zwischen Schädeldecken und Schädelinhalt wahrscheinlich ist, können sich die Verfasser auch trotz der genannten Einschränkung einer solchen Indikation unmöglich anschließen. Man darf nicht vergessen, daß auch bei einwandfreier Technik und glatter Rekonvaleszenz die sellare Freilegung der Hypophyse einen blutigen und gewaltigen Eingriff bedeutet, zu dem doch die Schwere und Gefahr des Leidens in einem logischen Verhältnis stehen soll.

K. Boas-Straßburg i. E.

Friedrich (Breslau), Ein Beitrag zur epiduralen Injektion. (Therap. Monatsh. Juni 1912.)

Die Epiduralinjektion ist ein Mittel, welches die Kreuzschmerzen bei den verschiedensten Genitalerkrankungen günstig beeinflußt. Der Erfolg



tritt in fast 90 Proz. der Fälle ein, doch hält eine Injektion nicht immer lange genug an, es kann nach einiger Zeit zu einem Schmerzrezidiv kommen.

Die Wirkung als rein suggestiv anzusehen, wie dies von manchen Seiten geschieht, ist wohl nicht richtig. Denn abgesehen davon, daß es wunderbar wäre, wenn Frauen und Mädchen von den verschiedensten Genitalerkrankungen alle auf die gleiche Suggestion sofort reagieren würden, spricht noch besonders der Umstand dagegen, daß bei falscher Anwendung der Methode (subkutan) kein Erfolg eintritt.

Man kann sich die Wirkung am besten in Analogie zu den perineuralen Injektionen bei Ischias erklären, wobei auch durch eine einmalige Einspritzung in die Umgebung des affizierten Nervs die Schmerzempfindung beseitigt wird. S. Leo.

Spanbock, Ad. (Warschau), **Konstruktion und Wirkung eines mechanopneumatischen Apparates für Mobilisierung des Knie-Ellenbogengelenks.** (Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie 1912, XVI. Bd., S. 421/428.)

Zu haben unter dem geschützten Namen: Ankylopol bei Eschbaum in Bonn a. Rh. Buttersack-Trier.

Miyata, Tetsuo (Tokio), **Über einen seltenen Fall von Syndaktylie.** (Zeitchr. f. orthopäd. Chirurgie 1911, XXIX. Bd., Heft 1/2.)

M. berichtet über einen Fall von totaler Syndaktylie an beiden Händen und Füßen bei einem ca. 1 Jahr alten Mädchen. Und zwar sind alle fünf Finger beider Hände total fibrös ganz fest nebeneinander verwachsen. Die verwachsenen Finger sind an den Gelenken rechtwinklig nach innen gebogen. Die Hand sieht wie ein Klumpen aus. Die Grenzen jedes einzelnen Fingers sind durch Längsstreifen an der äußeren Seite der Verwachsung erkennbar. Die Gelenke sind ebenfalls durch Querstreifen gekennzeichnet. Alle Fingernägel sind ebenfalls fest miteinander verwachsen. Alle Fingergelenke sind etwas beweglich. Die Zehen sind ebenfalls fest miteinander verwachsen, nur die 5. Zehe ist beiderseits frei und normal. Die Röntgenaufnahme ergibt weder Knochenverwachsung, noch Polydaktylie noch Knochendefekt. Anamn. ist hervorzuheben, daß ein Großonkel des Kindes väterlicherseits eine Verwachsung der 3. und 4. rechten Zehe gehabt haben soll. M. kommt an der Hand einiger weiterer von ihm beobachteten Fälle und einiger Fälle aus der Literatur zu dem Schluß, daß die Vererbung der Mißbildung mehr von der väterlichen Seite geschieht, als von der mütterlichen. — Durch Operation erlangte das Kind fast normale Beweglichkeit der Gelenke.

Kant-Leipzig.

Preiser, Georg, Coxa vara-Bildung nach Hüftluxation und allgem. Hypoplasie von Knochenkernen. (Zeitschr. f. orthopäd. Chirurgie 1911, XXIX. Bd., Heft 1/2.)

Bei einem 2¾ Jahre alten Mädchen mit doppelseitiger angeborener Hüftluxation bildete sich etwa 1 Jahr nach der beiderseitigen Reposition und nachdem das Kind nach Abnahme des letzten Verbandes zunächst recht gut hatte gehen lernen, aber nach ca. 3 Monaten anfing zu wackeln, eine geringe Coxa-vara-Stellung aus, die im Laufe des nächsten Jahres noch zunahm. Hand in Hand damit ging ein immer mehr zunehmender Schwund der Kopfknochenkerne. Gleichzeitig ergab die Röntgenaufnahme der Handwurzel nur 4 Knochenkerne, während bei dem Alter des Mädchens — 7 Jahr — schon alle Handwurzelkerne außer dem des Pisiforme und der Kerne der Ulnaepiphyse vorhanden sein müßten.

Bei einem zweiten Fall — 4 jähriges Mädchen —, bei dem es noch nicht zur Coxa-vara-Bildung gekommen war, jedoch schon ein deutlicher, etwa bohnengroßer, scharf begrenzter Defekt des Kopfknochenkerns nachzuweisen war, ergab die Handwurzelaufnahme nur 2 Kerne, während in dem Alter schon der proximale Kern des 1. Metacarpus und der des lunatum angelegt sein müßten.

P. meint, daß sich an Hand weiterer Fälle wohl die Frage entscheiden lasse, ob die Hypoplasien der Knochenkerne etwas mit der Coxa-vara-Bildung zu tun haben. Möglich sei es ja sogar, daß derartige Hypoplasien für die Luxation an sich ätiologische Bedeutung hätten. Kant-Leipzig.



Machol, A. (Bonn), **Beitrag zur Gipsbetttechnik.** (Zeitschr. f. orthopäd. Chirurgie 1911, XXIX. Bd., Heft 1/2.)

M. schlägt ein neues Verfahren zur Verstärkung der Gipsbettwirkung bei Skoliose, Kyphose, Spondylitis usw. vor.

Aus dem Gipsbett, das ja einen genauen Abdruck der Körperform darstellt, wird ein Segment in der gewünschten Ausdehnung und Form ausgeschnitten und zwar da, wo die Hauptwirkung beansprucht wird. Um nun die Haltbarkeit des Gipsbettes selbst nicht zu beeinträchtigen, wird aus der Dicke des Gipsbettes nur flächenförmig ein Teil in Ausdehnung und Form des gewünschten Segments ausgeschnitten. Diese Gipsplatte kann nach Verstärkung mit dünnen Eisenblechschienen selbst als Pelotte verwandt werden, oder es wird nach dieser Modellform eine dünne Eisenplatte mit Leder überzogen nachgebogen.

Das zur Erreichung derartiger Redressement-Wirkungen sonst in der Orthopädie gebräuchliche Kugelgelenk — eingeschaltet zwischen Pelotte und Trägerstange — ist bei dem Gipsbett aus verschiedenen Gründen nicht möglich oder doch die Anbringung mit großen Schwierigkeiten verbunden. M. verwendet daher eine Spiralfeder, wie sie schon Heusner früher angegeben hat. Die Spiralfeder läßt sich Ring um Ring ineinandergelegt, ohne weiteres in die Dicke der Gipsbettkontinuität einfügen. Die Spiralfeder wird einerseits an der Pelotte, andrerseits an der Gipsbettrückenwand verlötet oder vernietet.

Zwei Bänder, an der Pelotte befestigt und durch einen Schlitz im Gipsbett zur Rückenfläche geführt und dort verschnallt oder verknüpft, gestatten die Pelotte und Feder zusammengedrückt festzuhalten. Durch Lösung der Bänder tritt die Funktion der Pelotte in Kraft und man kann durch Lockerlassen oder Anziehen der Bänder die Exkursionsgröße und die wirksame Kraft der Feder genau regulieren. Kant-Leipzig.

Haun, H. (Gladenbach), **Universalextensionsschiene für die Oberextremität. (Zeitschr. f. orthopädische Chirurgie 1911, XXIX. Bd., Heft 1/2.)**

H. hat eine Mineralextensionsschiene konstruiert, die für jede Art von Frakturen des Oberarms ohne große Umänderungen verwendet werden kann. Seit 5 Jahren benutzt er sie und nach einigen Vervollkommnungen und Verbesserungen glaubt er mit ihr allen Ansprüchen zu genügen betr. guten Sitzes, exakter Adaption der Fragmente, guetr Übersichtlichkeit der Verletzung und hinsichtlich des Preises. Ein Satz solcher Schienen — hergestellt in der Fabrik von Dr. Koch in Neuffen i. W. — passend für alle Größen vom Neugeborenen bis zum Erwachsenen und für links und rechts, kostet ca. 50 Mark. Es folgt nun eine genaue Beschreibung mit entsprechenden Abbildungen der Schiene selbst und der Anlegung des Verbandes bei Oberarmbrüchen, die im Original nachzulesen sind. Hier nur kurz einige Vorzüge der Schiene: Die Schiene, die die Fingerspitzen nur wenig überragt, hindert nur wenig. Der Verletzte kann schon vom vierten Tage ab umhergehen, vom 8. Tage ab wird bereits das Ellenbogengelenk bewegt. Von der Bruchstelle aufwärts kann massiert werden. Einer Durchleuchtung steht nichts im Wege, wenn man vorwiegend sagittal durchleuchtet. — Auch beim Säugling ist die Fixation verblüffend einfach und sicher. Dabei bleibt der kleine Arm fast frei, läßt sich leicht übersehen und kontrollieren, das Kind läßt sich leicht sauber halten und ohne Schwierigkeit an die Brust legen. Kant-Leipzig.

Chlumsky, V. (Krakau), **Über Subluxation des Radiusköpfchens bei Kindern. (Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie 1911, XXIX. Bd., Heft 1/2.)**

Häufig wird der Arzt zu Kindern — meist höchstens 4 jährigen — gerufen, die eine obere Extremität wie lahm halten und über Schmerzen klagen. Dabei keine Schwellung, Rötung oder irgend eine anatomische Veränderung. Nachdem der Arzt untersucht, palpiert und die betreffende Extremität bewegt hat, sind plötzlich die Schmerzen verschwunden und das Kind bewegt den Arm wie früher. Chl. hat verschiedene solche Fälle beobachtet, besonders solche, wo das Ellenbogengelenk steif gehalten wurde und



wo die Heilung nach dem Versuch, das Ellenbogengelenk zu beugen oder den Unterarm zu supinieren, vollbracht war. Er glaubt, daß es sich um eine Subluxation des Radiusköpfchens im Ellenbogengelenk handelt, und zwar deshalb, weil er bei einem Fall von Luxation des Radiusköpfchens im Ellenbogengelenk — 7jähriges Mädchen — durch Röntgenaufnahme bestätigt, fast dieselben Erscheinungen wie oben beschrieben beobachtet hat. In der Literatur hat er nur 2 Fälle von Subluxation des Radiusköpfchens gefunden. Er schließt: „Jedenfalls handelt es sich um eine interessante Verletzung, die in ihrer Häufigkeit etwas Aufmerksamkeit verdient."

Kant-Leipzig.

Mouchet, A. (Paris), **Zur Pathogenese der „schnellenden Hüfte".** (Zeitschr. f. orthopäd. Chirurgie **1911, XXIX.** Bd.. Heft 1/2.)

M. spricht in einer kurzen Arbeit zunächst über die Definition der „artikulär schnellenden Hüfte" und der „periartikulär schnellenden Hüfte" und geht sodann über auf die Auffassungen der Autoren und vertritt schließlich die Ansicht, daß:

1. Die „periartikuläre" schnellende Hüfte, gekennzeichnet durch ein Überspringen des Musculus glutaeus maximus über den Trochanter major, die häufiger vorkommende ist.
2. Daß die „artikuläre" Form oder die „intermittierende Subluxation des Schenkelkopfs" selten vorkommt.
3. Daß das Überspringen bei der periartikulären Form durch den Vorderrand des Musculus glutaeus maximus bewerkstelligt wird.

Kant-Leipzig.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Pinard (Paris), **Wie soll sich der Arzt bei einer schwangeren Tuberkulösen verhalten? (de l'avortement soi-disant thérapeutique chez les femmes tuberculeuses en état de gestation).** (Bullet. méd. 1912, Nr. 49, S. 609—612.)

Der berühmte Gynäkologe warnt vor der Auffassung, daß jede Schwangerschaft die Tuberkulose begünstige; er habe im Gegenteil genug Fälle gesehen, in denen diese Krankheit während der Gravidität nicht allein stationär geblieben, sondern sogar in ihren Erscheinungen zurückgegangen sei. Demgemäß setzt er den Vertretern einer möglichst frühzeitigen Einleitung des Aborts als seine eigene Richtschnur diese entgegen: man behandle eine tuberkulöse Schwangere so gut und so lange als irgend möglich. Denn man kann nie wissen, ob die Tuberkulose im konkreten Falle wirklich fortschreitet. Tut sie das nicht, dann ist der künstliche Abort keineswegs eine therapeutische Notwendigkeit, sondern vielmehr die Verhinderung einer Niederkunft (la prophylaxie de la naissance).

Buttersack-Trier.

Kinderheilkunde und Säuglingsernährung.

Klimenko, V. N. (St. Petersburg), **Über ein Keuchhusten-Serum.** (Arch. des sciences biolog. publiées par l'Institut impér. de méd. expér. **1912, T. XVII, Nr. 2, S. 301/127.**)

Im Kinderhospital zu St. Petersburg wurden 1910 35 Keuchhustenkinder mit einem Pferde-Keuchhustenserum behandelt. Die Krankengeschichten werden übersichtlich mitgeteilt, doch gewinnt der Leser nicht gerade einen begeisterten Eindruck. Der Verfasser dagegen findet sein Serum spezifisch, wenn es die Affektion auch keineswegs kupiere, sondern nur die Zahl und Intensität der Anfälle mindere und den Verlauf im ganzen abkürze. Zur Technik sei bemerkt, daß man Säuglingen 10 ccm, Kindern über 3 Jahren 50 ccm subkutan in den Oberschenkel injizieren soll. Es empfiehlt sich, Lavements in den nächsten Tagen folgen zu lassen. Sind Wiederholungen der Injektionen erforderlich, so sollen höchstens 10 Tage dazwischen liegen.

Buttersack-Trier.



Natier, M. (Paris). **Zur Frage der adenoiden Wucherungen bei Schulkindern.** (Bullet méd. 1912, Nr. 54, S. 673.)

Auf dem 1. Kongreß der Schulärzte französischer Sprache machte Natier darauf aufmerksam, daß die Unaufmerksamkeit und das Nicht-Mitkommen mancher Schüler nicht sowohl von den adenoiden Wucherungen an sich, als von der durch sie behinderten Atmung herrühre. Man soll deshalb der Furia secandi widerstehen und lieber eine zweckmäßige Atemgymnastik einleiten; man werde dann mit Vergnügen die geistige Leistungsfähigkeit der kleinen Patienten rasch wachsen sehen.

Buttersack-Trier.

Psychiatrie und Neurologie.

Über spezifische Behandlung der sog. parasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems fand in der Schweizer Gesellschaft für Neurologie (Lausanne 4./5. Mai 1912) eine beachtenswerte Diskussion statt.

Der Leser gewinnt den Eindruck, daß die Ruhe des Urteils mit der Entfernung von den wissenschaftlichen Markt- und Börsenplätzen zunimmt. Nur so ist es zu erklären, daß verschiedene Diskussionsredner (Bing-Basel, v. Monakow-Zürich) nicht recht daran glauben wollen, daß eine energische antisyphilitische Kur Tabes und Paralyse heile bezw. verhüte. Bing zitierte in diesem Zusammenhang vier Ehepaare, in welchen die Männer ihre Lues richtig behandelt hatten, die Frauen dagegen nicht. Bei allen vier Paaren kam es später zu parasyphilitischen Erkrankungen, und zwar bei den Männern sogar noch früher als bei den Frauen.

Aber man begnügte sich nicht mit der Defensive, sondern ging zur Offensive über mit der Behauptung, daß die merkurielle und Salvarsan-Kur bei Tabes und Paralyse schädlich wirke. Wahrscheinlich hat jeder Arzt Fälle gesehen von beginnender, kaum noch bemerkbarer Paralyse, bei welchen nach einer Schmierkur u. dgl. die Krankheit rapid in die Erscheinung trat. Warum sagt man da immer: Die Paralyse hat sich trotz der Therapie entwickelt? und warum nicht: wegen ihr?

Bing nimmt eine „Syphilis à virus nerveux" an, also eine Abart mit besonderer Affinität zum Nervensystem, und Jadassohn ist geneigt, ihm darin beizutreten. Aber warum sollte es nicht entsprechende Abarten bei anderen Mikroorganismen geben? Was steht einem Typhus, einer „Influenza à virus nerveux" entgegen?

Unsere Scheuleder sind dermalen so eng auf Lues, Tuberkulose u. dgl. eingestellt, daß es geradezu wohltuend berührt, wenn einmal Männer von Urteil an dem Gespinst der Ideenkreise, die uns umgarnen, zu zerren wagen. Zu zweifeln ist oft schwieriger, als im allgemeinen Chor mitzusingen.

Buttersack-Trier.

Stern, F. (Kiel), **Über die akuten Situationspsychosen* der Kriminellen.** (Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. 1912, Nr. 14.)

Unter Situationsspsychosen versteht Verfasser diejenigen psychogenen Psychosen, welche nicht nur ätiologisch durch das Auftreten in einer bestimmten Situation, sondern auch im Verlauf durch weitgehende Abhängigkeit von dieser Situation ausgezeichnet sind. Die Hervorhebung dieses exogenen Faktors rechtfertigt sich bei der Unmöglichkeit, bestimmte Reaktionstypen einzelner Konstitutionen zu eruieren. Für die im hysterischen Typ verlaufenden Stuporen und Verwirrtheitszustände empfiehlt sich die zusammenfassende Bezeichnung der hysterischen Situationspsychose. Diese ist namentlich unter den Erkrankungen in Untersuchungshaft häufig. Sie nimmt oft das Bild einer katatonischen oder epileptischen Erkrankung an.

K. Boas-Straßburg i. E.

Pototzky, C. (Berlin-Grunewald), **Zur Hydrotherapie der nervösen Schlaflosigkeit.** (Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie 1912. XVI. Bd., S. 416—420.)

Es erscheint a priori einleuchtend, vor dem Einschlafen alle erregenden Momente fernzuhalten. Aber aus einem gewissen Verlangen heraus, daß „etwas geschehen müsse", greifen Ärzte und Patienten abends zu allerlei differenten Prozeduren. Pototzky rät von allen hydriatischen Maßnahmen



des Abends ab und läßt nur, ut aliquid fieri videatur, kühle (nicht kalte!) Fuß-Unterschenkel-Kniepackungen machen. Im übrigen hat er gewiß recht mit seiner Meinung, daß Schlaflosigkeit als nervöses Symptom durch eine zweckmäßige Lebensführung bei Tage, und nicht erst bei Nacht zu bekämpfen sei. **Buttersack-Trier.**

Pachantoni, D., Gemeinsame Isolierung bei Psychoneurosen (l'isolement cénobitique dans les psychoneuroses). (Revue méd. de la Suisse romande 1912, Nr. 7, S. 531—533.)

Gemeinsame Isolierung erscheint auf den ersten Blick als ein Widerspruch in sich selbst. Indessen hat P. dadurch, daß er z. B. vier psychoneurotische Patientinnen in einem gemeinsamen großen Saal isolierte, ausgezeichnete Erfolge erzielt. Er meint, sie erkennen bei den anderen, daß die Klagen nicht begründet seien; und das befähige sie mit der Zeit, auch ihre eigenen Leiden richtiger einzuschätzen. — Wenn man auch diese Deutung nicht teilt, scheint das Prinzip der gemeinsamen Isolierung doch gelegentlich angezeigt. Es kommt aber dabei vielleicht mehr auf den Arzt an, als auf die Patienten. Mit dem gleichen Gewehr trifft der eine immer, der andere nie. Buttersack-Trier.

Hautkrankheiten und Syphilis.
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Pautrier, L. M., Kleine Kalomeldosen bei Syphilis (Le traitement de la syphilis par l'ingestion de calomel à doses fractionnées). (Bullet. méd. 1912, Nr. 52, S. 648—650.)

„L'imagination gouverne le monde." Die Richtigkeit dieses Urteils von Napoleon I. kann man täglich konstatieren. Auch in der Diagnostik und Therapie. Augenblicklich beherrschen die Arsenpräparate die Therapie der Lues. Aber Pautrier bemerkt nicht mit Unrecht, daß die Salvarsane — 606 und 914 — genau genommen große Konfusion, beinahe Anarchie in die Reihen der Ärzte gebracht haben. Bis wieder Ruhe und Ordnung und une nouvelle codification du traitement syphilitique eingekehrt sei, empfiehlt er eine vergessene, einfache Methode: Man gebe dem Patienten täglich 6 bis höchstens 10 mal Kalomel 0,02 als Pulver mit Zucker, oder als Tabletten; und zwar an 3 oder 4 Tagen hintereinander; dann sieht man auch schwere syphilitische Erscheinungen verschwinden. Noch wirksamer seien Dosen von nur 0,01 g Kalomel stündlich genommen. Natürlich muß auf Mundpflege usw. geachtet werden. Jod ist in dieser Zeit ausgeschlossen.

Pautrier nennt diese Therapie praktisch, bequem, schnell wirkend, heroisch; sie gehöre zu den wirksamsten, über die wir verfügen.

Buttersack-Trier.

Syphilitische Eruptionen nach sehr langen Zeiträumen.

In der Société française de dermatologie et de syphiligraphie berichteten im Juni 1912 Gaucher und Giroux von einem Manne, bei welchem Hautsyphilide erst 50 Jahre nach dem ulcus durum aufgetreten sind. Brocq fügte dem einen analogen Fall an, in dem ein Gummi bei einem 84 jährigen Greis erschien; das zugehörige ulcus durum hatte er im Alter von 19 Jahren gehabt. In der Zwischenzeit war die Infektion völlig latent geblieben, so daß man nach der dermalen üblichen Logik von einer Heilung hätte sprechen können. —

Solche Notizen haben nicht bloß einen Kuriositätswert, sondern sind dazu angetan, tiefer denkende Köpfe erneut darauf hinzuweisen, daß nicht nur das Sicht-, Meß- und Demonstrierbare existiert, wie unsere Exakten stillschweigend supponieren, sondern daß auch jenseits der Schwelle unseres Wahrnehmungsvermögens noch mancherlei Prozesse sich abspielen. Wer solche nicht anerkennt, gleicht dem Vogel Strauß und beraubt sich selbst eines wesentlichen Momentes der Forschung. Denn Balzacs Meinung gilt



auch für die Naturwissenschaften: „Rien n'est plus triste que de tomber dans une vie d'analyse qui tue toutes les illusions parcequ'on juge ou on pèse tout.“ (Balzac, Pensées, Sujets, Fragmens, Paris 1910.)

Buttersack-Trier.

v. Lichtenberg, A., Die aktive Behandlung der Pyelitis. (Therap. Monatsh. Juni 1912.)

L. tritt für die lokale Behandlung der Pyelitis auch im akuten Anfall ein. In dem akuten Anfall haben wir die von Bakterien strotzende Urinansammlung im Nierenbecken zu beseitigen und auf diese Weise die allgemeinen toxischen Erscheinungen zu sistieren. Dafür genügt — bei der oberflächlichen Ausbreitung des Prozesses — eine Entleerung des Nierenbeckens mit den darin befindlichen Bakterienrasen. Eine Spülung wird von der kontinuierlichen Urinsekretion selbst besorgt, besonders wenn wir auf die Anregung derselben durch die üblichen konservativen Maßnahmen der Pyelitisbehandlung befördernd einwirken. Diese Entleerung geht aber langsam vor sich, und um eine gründliche Säuberung des Nierenbeckens zu erzielen, brauchen wir Zeit. Wir müssen daher den Ureterenkatheter längere Zeit als Dauerkatheter liegen lassen. Ob man diesen Dauerkatheter bis 10 Tage liegen lassen soll, wie es von Albarran empfohlen wurde, erscheint fraglich. Es genügt für gewöhnlich ein 24stündiges Verweilen des Katheters im Becken dazu, um die toxische Funktionsstörung des Beckens und des Harnleiters aufzuheben und die Atonie zu beseitigen. Die zurückgebliebenen Keime können dann bei wiederbelebter motorischer Funktion nicht mehr viel ausrichten, stagnieren nicht und verlieren die günstigen Wucherungsbedingungen im Nierenbecken. Die anatomische Disposition wird natürlich durch die Behandlung nicht berührt, und es besteht bei erweitertem Becken stets die Gefahr eines Relapses, solange sich Bakterien darin aufhalten. Das Leiden wird durch diese Behandlungsweise in das chronische Stadium übergeführt und kann dann weiter als solches betrachtet und behandelt werden, bis die Heilung auch im bakteriologischen Sinne eingetreten ist. Bei der chronischen Pyelitis ist die intermittierende Spülbehandlung am Platze. Sie ist so lange fortzusetzen, bis eine bleibende Sterilität des Nierenbeckens erzielt worden ist. Diese zu erreichen, wird uns in einer großen Zahl der Fälle gelingen. — Über zwei Punkte herrscht auch hier noch eine ziemliche Divergenz im Vorgehen. Diese sind: die Intervalle, in welchen man die Spülungen vornehmen soll einerseits, die differente oder indifferente Beschaffenheit der Spülflüssigkeit andererseits. L. glaubt nicht, daß es angezeigt ist, die Spülungen alle 3—4 Tage vorzunehmen (Hohlweg). Mit 2- bis 4wöchentlich wiederholten Spülungen ist er, wenn auch langsamer, doch schonend, zum Ziel gekommen. Bei dem periodischen Verlauf mancher Pyelitiden erscheint es wünschenswert, die Spülung kurz vor dem Zeitpunkt des zu erwartenden Anfalles vorzunehmen. Durch diese Überlegung ist es ihm neuestens gelungen, bei einem solchen Fall (seit einem Jahr kurz vor Erscheinen der Menstruation zyklisch wiederkehrende Anfälle) dem erwarteten Anfall vorzubeugen. S. Leo.

Medikamentöse Therapie.

Feldmann, Anglers Emulsion. (Allg. med. Centralzeitung 1912, H. 18.)

Das in England heimische Mittel besteht im wesentlichen aus Petroleum, Natr. benz., Calc. hypophosph., Glyzerin, ist eine keineswegs an seine Provenienz erinnernde Emulsion und vollkommen haltbar. Wirkung: angenehmen, leichten Einfluß auf Stuhl, jedoch kein Laxans. Vorzügliche Heilwirkung bei Veränderungen in den tieferen Luftwegen, namentlich Bronchitiden verschiedener Art (rascherer Ablauf, Verminderung der Hustenanfälle, leichtere Expektoration, Selbstverminderung); bei Tbc. guter Adjuvanus; endlich Verminderung der Gasbildung bei Flatulenz. v. Schnizer-Höxter.



Müller, Beiträge zur Wirkung des Secacornin „Roche". (Allgem. med. Centralzeitung 1912, H. 22.)

Verfasser wendet das Mittel seit ca. 2 Jahren an und zwar am besten intramuskulär: er hat es als souveränes, nie versagendes Hämostyptikum kennen gelernt bei menstruellen, klimakterischen und Myom-Blutungen, bei Aborten und post partum. Außer einem Fall von Myom mit morbus Basedowii und einer schweren Lungenblutung infolge arteriosklerotischer Prozesse interessiert vor allem ein Fall von Melaena bei einem 3 Tage alten Kind, wo Verfasser ohne jeden Schaden 2,0 g (= 8,0 Secale cornutum) in 3½ stündiger Pause mit großem Erfolg gab. Secacornin ist — wesentlich — ein durchaus ungiftiges Präparat, das selbst Kinder in verhältnismäßig hohen Dosen ohne Schaden vertragen. v. Schnizer-Höxter.

Clepmann, W. (Berlin), **Der Hypophysenextrakt in der Geburtshilfe.** (Therap. Monatsh. Aug. 1912.)

Kein Zange ohne vorherigen Versuch mit Pituglandol, kein Kaiserschnitt ohne Hypophysenextrakt, keine Geburtsanomalie, die zu Atonien prädestiniert wie Zwillinge oder Hydramnios, ohne prophylaktische Darreichung des Präparates und auch bei Atonien post partum ist, wie das Beispiel lehrt, ein Versuch damit, wohl der Ausführung wert. Obgleich L. selbst noch keine Gelegenheit dazu hatte, glaubt er, daß auch bei der Behandlung der Placenta praevia das Pituglandol eine wichtige Rolle zu spielen berufen sein wird: Das künstliche Sprengen der Blase, für den Praktiker die einfachste Praevia-Behandlung, scheitert in seinen Erfolgen häufig an den fehlenden Wehen, die allein den Kopf fest auf die blutende Plazenta pressen können. Hier wird nach dem Blasensprung das Pituglandol ganz erhebliche Vorteile bieten und diese einfachste, aber schon oft diskredidierte Methode wieder zu Ehren bringen können, und bei leichtestem und ungefährlichstem Vorgehen lebende Kinder erzielen.

S. Leo.

Gregor, Adalbert (Leipzig), **Klinische und experimentelle Erfahrungen über Luminal, und seine Nebenwirkungen.** (Therap. Monatsh. 1912.)

Nach allen damit angestellten Versuchen kann Luminal in der Dosis von 0,2 als ein relativ harmloses, allerdings nicht sicher wirkendes Hypnotikum bezeichnet werden. Die als Schlafmittel viel stärkere Dosis 0,4 ist öfters von intensiven Nebenwirkungen begleitet, diese machen sich schon klinisch mitunter deutlich geltend, sind bei luziden und ruhigen Patienten viel häufiger als bei unruhigen wahrnehmbar und können selbst bei nicht besonders empfindlichen Individuen erhebliche subjektive Beschwerden verursachen, im besonderen Falle auch bedenkliche Dimensionen annehmen. Bei Anwendung feinerer Methoden waren als Nebenwirkungen dieser Dosis mehr oder weniger starke Blutdrucksenkungen und Störungen der psychischen Leistungsfähigkeit in allen untersuchten Fällen festzustellen. Nach den experimentell-psychologischen Versuchen ist die toxisch Wirkung des Luminals 2—2½ mal so groß wie die des Medinals. Nach diesen Ergebnissen der Untersuchung auf der Leipziger psychiatrischen Klinik scheint es geboten, bei der Verordnung des Luminals Vorsicht walten zu lassen, streng die Individualität des Patienten zu berücksichtigen und die Medikation stets mit einer geringen Dosis, etwa 0,2, zu beginnen und erst bei genauerer Kenntnis der individuellen Reaktionsweise zu höheren Dosen überzugehen. Dann dürften uns mit diesem Schlafmittel üble Zufälle, die bisher bei allen energischer wirkenden Hypnotika auftraten, erspart bleiben. S. Leo.

Billig, E., Untersuchungen über Dormiol, ein neues Schlafmittel. (Inaug.-Dissert. Gießen 1912.)

Die an Hunden und Kaninchen mit Dormiol gewonnenen Befunde des Verfassers ergaben folgendes:



Dormiol ist ein gutes Schlafmittel für Hunde und Kaninchen.

Der Schlaf ist ruhig und nach dem Erwachen zeigen die Tiere keine unangenehmen Nebenerscheinungen.

Die mittlere Dosis für Kaninchen beträgt 0,5 g pro Kilo Körpergewicht, für Hunde von mittlerer Größe 5 g.

Dormiol kann subkutan, per os und im Klysma appliziert werden.

In 10 % Lösung reizt es die Schleimhäute nicht.

Dormiol kann mehrere Tage nacheinander verabfolgt werden, ohne daß die Tiere sich an das Mittel gewöhnen. K. Boas-Straßburg i. E.

Seel, Eugen (Stuttgart), Prüfungs- und Auskunftsstellen für Arzneimittel. (Therap. Monatsh. Aug. 1912.)

Entweder wird eine Zentralprüfungs- und Auskunftsstelle für das ganze Deutsche Reich geschaffen und eventuell dem Reichsgesundheitsamt angegliedert, oder es errichten die größeren Bundesstaaten je eine solche Stelle für sich und unterstützen sich gegenseitig durch Auskunfterteilung und dergleichen. Am einfachsten und praktischsten wäre eine Zentralstelle für das Reich, zumal wir jetzt ein Deutsches Arzneibuch und eine Deutsche Arzneitaxe haben, event. nur eine entsprechende Erweiterung der einschlägigen Abteilungen des Reichsgesundheitsamtes. Diese Zentralstelle sollte unter Leitung eines Verwaltungsbeamten (? Der Referent. Warum just ein Verwaltungsbeamter an der Spitze, er könnte doch einem Arzte beigeordnet sein!), der auch die juristischen Fragen zu bearbeiten hat, stehen und in eine chemische und medizinische Abteilung mit je einem Abteilungsvorstand zerfallen; in ersterer müßte eine Anzahl staatlich geprüfter Chemiker, und zwar in erster Linie pharmazeutisch vorgebildete Herren für die Ausführung der chemischen Untersuchung und die Erteilung der hierher gehörigen Auskunft tätig sein, in letzterer müßten Ärzte und Tierärzte, die in Bakteriologie, Pharmakologie oder Physiologie spezialistisch ausgebildet sind, angestellt werden. Mit der klinischen Prüfung könnten geeignete Universitätsinstitute und große Krankenhäuser sowie die Kliniken der Tierärztlichen Hochschulen beauftragt werden. So könnte die Zentralstelle für vollständige Prüfung und richtige einheitliche Auskunft über die schon vorhandenen und fast täglich, oft nur mit geringen Variationen neu auftauchenden Arzneimittel, Geheimmittel, Nährmittel, Mineralsalze und dergleichen unter Benutzung und Sichtung der bereits vorhandenen Literatur Sorge tragen und im Interesse der Volksgesundheit die vorhandenen Disharmonien zwischen Ärzten, Apothekern, Drogisten und Fabrikanten beseitigen sowie neu entstehenden schädlichen Unstimmigkeiten zwischen diesen Interessenten vorbeugen; denn durch die Mitarbeit dieser Zentralstelle können die z. Z. geltenden Gesetze über den Arzneimittelverkehr zeitgemäß umgearbeitet oder ergänzt, z. B. Listen über brauchbare und unbrauchbare sowie über die dem freien Verkehr überlassenen Mittel aufgestellt und durch neue Mittel erweitert werden. S. Leo.

Vergiftungen.

v. Bunge, G. (Basel), Die Tabakvergiftung. (Basel, Friedr. Reinhardt 1912, 13 Seiten. 10 Mk.)

Es ist im höchsten Grade interessant, zu beobachten, wie sich im fortschreitenden Fluß der Ideen eine Völker-Physiologie entwickelt. Während in den wohleingerichteten physiologischen Laboratorien noch respiratorische Quotienten an einzelnen Hunden und Stickstoffbestimmungen an einzelnen Menschen u. dergl. ausgeführt werden, tauchen da und dort — wenn auch im allgemeinen noch schüchtern — bereits Studien auf, welche über das Einzelwesen hinausgreifen und den Blick mehr auf Familien- oder Volksstämme richten. Die Erkenntnis, daß das auch Einheiten, Organisationen sind, fängt an zu dämmern, und je klarer sie sich herausbildet, um so mehr verliert das Individuum an Wertschätzung und mit ihm zugleich natürlich auch die an ihm gewonnenen exakten Daten.



Zu den Vorkämpfern der neuen Richtung gehört Bunge. Das vorliegende allgemeinverständliche Schriftchen ist zur bekehrenden Belehrung der Raucher gedacht. Aber B. holt seine Gründe nicht bloß, wie üblich, aus den Intoxikationserscheinungen beim einzelnen rauchenden homo sapiens. Er stellt vielmehr die Schädigung der Keimzellen und damit die Schädigung der Nachkommenschaft an den Anfang, und die soziale, wirtschaftliche und ästhetische bezw. unästhetische Seite des Rauchens an den Schluß, rückt mithin die Bedeutung des Rauchens für die Allgemeinheit an die, nach Cicero wirksamsten Stellen seiner Argumentation. Das Unästhetische des Rauchens sieht B. in der Luftverpestung und in dem ekelhaften Speien infolge der Rauchgewohnheit. Aber es genügt wohl schon, sich Herkules mit einer Pfeife oder die Venus von Milo mit einer Zigarette vorzustellen, um an der Lächerlichkeit den Kontrast zwischen Kraft bezw. Schönheit und ihrem Gegenteil zu erkennen.

Das Schriftchen liest sich amüsant und gibt vielleicht doch dem einen oder anderen zu denken. Wenn sich gar einer die Mühe nähme, auszurechnen, wie viele Menschen dem ehemaligen französischen Gesandten in Portugal, Jean Nicot (1530—1600), zum Opfer gefallen sind, dann käme er zu Zahlen, gegen welche die bluttriefendsten Figuren der Geschichte wahre Stümper sind. Buttersack-Trier.

Ananasvergiftung. **(Ra Semaine médicale 1912, 20. März.)**

Vergiftung durch Ananas ist ein seltenes, aber u. U. schweres Ereignis, das nicht etwa auf Idiosynkrasie beruht, sondern in der glücklicherweise seltenen Entstehung unbekannter Giftstoffe in reifen Früchten aller Ananas-Sorten seine Ursache hat. Das Gift wirkt vorwiegend auf das Zentralnervensystem. Die Vergiftungserscheinungen beginnen einige Minuten bis eine halbe Stunde nach dem Genuß der Frucht mit Hautjucken, saurem Aufstoßen, Gefühl der Völle. Danach beobachtet man Schläfrigkeit, Bewußtseinsverlust, Seh- und Hörstörungen, Herzschwäche mit Pulsverlangsamung Zyanose, Stasen. Das Gesicht schwillt auf, die Haut zeigt bläuliche Quaddeln. Coma und Herzschwäche können dem Anschein nach wohl auch tödliche Schwere erreichen. — Der Bericht stützt sich auf Mitteilungen eines französischen Kolonial-Arztes aus Indochina, Dr. Mouzel, der drei ungleich schwere Fälle bei Eingeborenen beobachtete, die $^1/_4$, $^1/_2$, $^1/_1$ Frucht genossen hatten. — Mit Magenspülung und subkutaner Injektion von 0,5 Koffein gelang es, ihnen Heilung zu bringen. — Rosenberger.

Röntgenologie und physikalisch-diätetische Heilmethoden.

Dessauer, Friedrich (Frankfurt a. M.), Röntgen-Kinematographie. (Archiv f. physikal. Medizin u. med. Technik 1912, IV. Bd., H. 4. Leipzig, Otto Nemnich. S. 244—247.)

Um die schnellverlaufenden Herzbewegungen kinematographisch im Röntgenbild zu verfolgen, bedarf es vieler Bilderserien in den einzelnen Sekunden. Dazu bedarf es einer mehrmaligen Stromunterbrechung in der Sekunde mit gleichzeitigem Plattenwechsel. Im vorliegenden Aufsatz beschreibt der erfindungsreiche Ingenieur, wie er, beiden Anforderungen genügende Konstruktionen ausgeführt und dieselben miteinander verbunden hat. Man kann auf diese Weise eine exakte Unterbrechung sehr hoher primärer Stromstärken erzielen bei ganz geringer Beanspruchung der Leitung und Aufnahmen in $^1/_{300}$ Sekunde machen.

Sein Blitzinduktor gestattet 16 Aufnahmen pro Sekunde, die neue Plattenwechselmaschine deren 5. Buttersack-Trier.

Ribadeau-Dumas, Behandlung der Thymus-Hypertrophie mit Röntgenstrahlen. (In der Pariser Medizinischen Spitalsgesellschaft berichtet am 29. März 1912

Verfasser berichtet über Behandlung der Thymus-Hypertrophie mit Röntgenstrahlen bei einem Kinde, das schnaufende Atmung (cornage) und Erstickungsanfälle bot. Die Diagnose wurde radioskopisch bestätigt, ein chirurgischer Eingriff aber verweigert, und deswegen die Röntgenbehandlung ein-



geleitet. Nach der zweiten Bestrahlung verschwanden bereits die Erstickungsanfälle und bald danach auch das schnaufende Atemgeräusch. Autoptisch konnte, da das Kind einige Tage später einer interkurrierenden Masernerkrankung erlag, eine deutliche Verkleinerung der Thymus festgestellt werden. Deshalb — meint der Referent Ribadeau — sollte man in analogen Fällen vor der Thymektomie stets die Bestrahlungen versuchen. —

Den Lesern der Klose'schen Arbeit „Über die Chirurgie der Thymus-Drüse“ (in Nr. 27 der „Fortschritte d. Med.“) liegt freilich die Frage doch näher, ob nicht etwa der tödliche Ausgang jener interkurrierenden Masernerkrankung mit einer Röntgenschädigung der Thymus zusammenhing? Und ob nicht gerade dieser Fall den Gründen gegen jede Röntgenbestrahlung der hypertrophischen Thymus noch stärkeres Gewicht verleiht?

Rosenberger.

Grunmach, E. (Berlin), **Zur Feststellung der Gravidität durch Röntgenstrahlen.** (Archiv für physikal. Medizin u. medizin. Technik, 1912. VI. Bd., H. 4. Otto Nemnich, Leipzig. S. 250/51.)

Eine 36 jährige Frau kam mit einer Genitalgeschwulst zu einem renommierten Gynäkologen, welcher ein Myom diagnostizierte und die Exstirpation vorschlug. Die Frau wollte sich den Tumor aber lieber durch Röntgenstrahlen beseitigen lassen; dabei stellte sich dann heraus, daß es sich um eine Tubarschwangerschaft handelte. Buttersack-Trier.

Allgemeines.

Hirsch, Hugo (Reval), **Die Psyche des Patienten.** (St. Petersburger Medizin. Zeitschr. 1912, Nr. 11, S. 101—165.)

Der vorliegende Aufsatz bringt inhaltlich nichts Neues. Aber er ist bemerkenswert als Zeichen der Zeit. Vor 10, 15 Jahren nahmen die führenden Köpfe die Bestrebungen, von der Psyche aus therapeutisch zu wirken, als idealistische Schwärmereien mit wohlwollendem, aber überlegenem Lächeln auf. Mittlerweile griffen Leute mit Talent zum Sammeln und Registrieren die Sache auf und ließen dick- und dünnleibige Hand- und Lehrbücher der Psychotherapie erscheinen, als ob sich diese höchste Kunst paragraphenmäßig kondensieren ließe. Heute werden allenthalben — so z. B. auf dem VII. estländischen Ärztetag in Reval — diesbezügliche Vorträge gehalten und die Ärzte hören offenbar mit Interesse zu. „Der grobe Materialismus gilt heutzutage als überwunden, welcher das ganze Sein durch ein Spiel von Kräften und Stoffen erklärte.“ Dieser Satz, mit welchem H. Hirsch frischweg begann, wäre sicherlich vor 10 Jahren dem Redner als Zeichen unglaublicher Rückständigkeit angerechnet worden. Man sieht daraus, wie sich die geistige Konstitution der Allgemeinheit verhältnismäßig gar nicht so langsam ändert, und für jeden, dessen geistiger Horizont nicht mit dem Gesichtsfeld seines Mikroskops zusammenfällt, ist diese Tatsache der genauesten Beachtung wert. Die Mehrzahl der Leser dürfte diesen Übergang persönlich erlebt haben und infolgedessen geneigt sein, auch auf anderen Gebieten unserer Wissenschaft und Kunst eine Umwertung der z. Z. herrschenden Lehren und Institutionen in Aussicht zu nehmen.

Buttersack-Trier.

v. Engelhard, R. Das Greisenalter. (St. Petersburger med. Zeitschr. 1912, Nr. 6, S. 86—89.)

Drei Theorien des Alterns stellt v. Engelhardt nebeneinander: die morphologisch-zellularpathologische, welche das Altern durch Ernährungsstörungen und Selbstvergiftung der einzelnen Zellen erklärt; die funktionell-chemische, nach welcher mit dem fortschreitenden Leben die dissimilatorischen Prozesse das Übergewicht über die assimilatorischen gewinnen; und die Theorie der Abnutzung, bedingt durch Unzuverlässigkeit der Regulationen. Aber genau genommen sind das nur Umschreibungen, keine Erklärungen des Alterns. v. E. deutet eine solche an, indem



er auf die Lipoidsubstanzen hinweist und ihren Schädigungen durch die Einflüsse der Außenwelt. Ein interessantes Moment führt er in die Diskussion ein, indem er neben die chemischen Vorgänge die psychischen stellt: Assimilation sei Werden, Wachsen, Bewußtsein; Dissimilation Ermüden, Träumen, Schlafen, Tod. —

Die Frage nach Leben und Tod hat seit Alters die Gemüter beschäftigt. Eines der geistreichsten Bücher hierüber sind des großen Fr. X. Bichat Recherches physiologiques sur la vie et la mort. Seine Definition: La vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort, ist berühmt geworden. Wenn sie auch insofern anfechtbar erscheint, daß sie den Begriff des Todes einführt, welcher ja an sich schon das Leben voraussetzt, so überragt sie doch die meisten anderen Versuche bei weitem dadurch, daß sie das Leben als eine Summe von Funktionen präzisiert. Das klingt an eine Vorstellung an, welche schon den Pythagoreern geläufig war, wenn sie lehrten, die Seele sei eine Art von Harmonie, und zwar bestehe diese Harmonie in einer Mischung und Komposition verschiedenartiger, z. T. entgegengesetzter Elemente *(δόξα παραδέδοται περὶ ψυχῆς .... ἁρμονίαν γάρ τινα αυτὴν λέγουσι. Καὶ γὰρ τὴν ἁρμονίαν κρᾶσιν καὶ σύνθεσιν ἐναντίων εἶναι)* Es besteht nur zu leicht die Versuchung, das Produkt — eben das Leben — für die Ursache zu nehmen. Daß die Dauerhaftigkeit eines Gebildes nicht sowohl vom Material abhängt, sondern in weit höherem Grade von seiner Zusammenfügung, lehrt das Konstruktionswesen allerwärts zur Genüge. Wie nicht wenige gotische Bauwerke trotz ihres leichten zarten Gefüges die Jahrhunderte überdauerten, so erweisen sich häufig genug auch zarte Menschen widerstandsfähiger, fester gefügt als sog. robuste.

Also nicht auf die Massenhaftigkeit der Pfeiler und des Mauerwerks, nicht auf die des Knochengerüstes und der Muskulatur kommt es an, sondern auf die Konstruktion des ganzen Systems. Aber so verführerisch es sein mag, dem Konstrukteur bezw. dem Konstruktionsplan nachzuspüren, so gleicht dieses Unterfangen z. Z. doch noch der Jagd nach dem Irrlicht. Gewiß haben unsere Kenntnisse eine anerkennenswerte Höhe erreicht; aber am Maßstab der Ewigkeit gemessen, sind sie doch noch höchst rudimentär und viel zu plump, um die — wie K. E. v. Baer sich ausdrückte — auf die Erde herabgedachten Gedanken der Schöpfung zu erfassen. Berauscht von so vielen wirklichen und noch mehr Schein-Erfolgen haben wir die Kunst der Entsagung verlernt und finden uns nicht mehr recht in die Vorstellung, daß zuletzt aller Wissenschaft doch nur das Ziel gesteckt sein möchte, nicht das Wesen der Dinge zu begreifen, sondern begreiflich zu machen, daß es nicht begreiflich sei (Du Bois-Reymond).

Buttersack-Trier.

Der älteste Mann der zivilisierten Welt dürfte z. Z. ein Veteran aus dem Dorfe Kuwna in Polen sein. Er wurde 1765 geboren, trat 1785 in die russische Armee ein und gehörte zu der Eskorte, welche Napoleon I. nach Elba geleitete. An seinen Denkmünzen aus der Zeit des 2. Türkenkrieges von Katharina II. kann man zweifeln. Dagegen haben anderweitige Dokumente den Gouverneur von Warschau, welchen der Veteran um Aufnahme in ein Invalidenhaus bat, von der Richtigkeit dieser Angaben überzeugt. Buttersack-Trier.

Plicque, A. F. (Paris), Les hypercondriaques. (Bull. médical 1912, Nr. 51, S. 633—634.)

Einen beherzigenswerten Hinweis für die Praxis bringt Plicque. Im Gegensatz zu den ängstlichen, leicht verletzlichen, hypochondrischen Naturen gibt es Menschen mit einer sogenannten eisernen Gesundheit, die nie krank werden. Plicque nennt sie: hypercondriaques; er hätte sie vielleicht noch besser: dissimulateurs genannt. Jedermann kennt solche Typen: die Mutter, die am Krankenlager ihres Kindes keine Müdigkeit spürt, den Offizier, der vor einer Generalstabsreise, den Bräutigam, der vor der Hochzeit, den Studenten, der vor dem Examen nicht versagen will. So anerkennenswert solch eine Energie auch sein mag, so ist sie — wenn übertrieben — doch



verhängnisvoll: der geschwächte Körper fällt bei mangelnder Pflege schließlich doch der Krankheit zum Opfer.

Für den Arzt ergibt sich aus diesen Betrachtungen die Lehre, sich von scheinbarem Wohlbefinden nicht täuschen zu lassen. Er bezahlt einen solchen Irrtum nicht selten mit einem beträchtlichen Teil seines Renommées.

Buttersack-Trier.

Rádl, Em., Neue Lehre vom zentralen Nervensystem. (Leipzig, W. Engelmann. 1912. 488 Seiten. 12 Mk.)

Es gilt dermalen für richtig, möglichst sachlich, unpersönlich zu schreiben und die Individualität des Schreibenden ganz in den Hintergrund treten zu lassen. Das hat gewiß in recht vielen Fällen sein Gutes; denn es gibt genug Schriftsteller ohne eigene Individualität, Schriftsteller, die ihr Licht von einer gerade einflußreichen Leuchte der Wissenschaft reflektierend erborgen, für sich selbst aber trocken, saftlos und langweilig-nüchtern sind. Sie bleiben am besten hinter den Kulissen. Aber so verpönt auch in „exakten" Kreisen alle Subjektivität ist: im Grunde ist sie doch die Würze an den wissenschaftlichen Erzeugnissen. Sie macht auch komplizierte Dinge schmackhaft und fesselt das Interesse, sei es in beistimmender oder widersprechender Weise; im letzteren Falle vielleicht noch mehr.

Solch ein subjektives Buch ist das vorliegende. Es ist nicht bloß eine Schilderung von Tatsachen, sondern eine lebendige Besprechung, die häufig fast bis zur Dialogform sich steigert, und aus der man den nicht ganz fehlerfreien Dialekt des Redners deutlich zu vernehmen glaubt. Radl scheint Zoolog zu sein, aber nicht ein Systematiker, sondern ein Morpholog mit philosophischen Tendenzen. In Fortsetzung von Ideen von Geoffroy-St. Hilaire und als Anhänger einer idealistischen Weltanschauung verficht er den Gedanken, daß es eine Einheit des Planes gibt, nach welchem die Tierwelt aufgebaut ist. Dieser Plan verändert sich hinsichtlich der Ausführung bei den einzelnen Gattungen, aber die morphologischen Strukturgesetze bleiben allenthalben unverrückt die gleichen, wie auch die Gesetze der Mechanik in einem gotischen Dom, einem modernen Riesenbahnhof und einem Panzerkreuzer die gleichen sind. Diese Erkenntnis führt er am Seh-Apparat näher aus. Für Rádl ist es nicht das Licht, welches das Auge schuf, vielmehr hat eine Art von Sehnsucht, von Affinität die lebendige Substanz veranlaßt, gewissermaßen von innen heraus dem schwingenden Äther entgegenzuwachsen. Und eben weil diese Sehnsucht bei allen Lebe-Formen die gleiche ist, deswegen wurden auch von allen die gleichen Apparate geschaffen, natürlich jeweils nach den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten variiert.

Aber nicht bloß diese philosophische Betrachtungsweise macht das Buch interessant. Radl bringt auch sachlich eine Menge von Neuheiten. Er sieht nicht in den Ganglienzellen das Wesentliche und Wichtige, sondern in den Nervenfasern, im Nervenfilz; und mit wachsenden Erstaunen wird der Leser gewahr, wie dieser Nervenfilz hinter dem Auge, — zwischen Auge und Gehirn — verschiedene Knoten (= Ganglien) bildet, welche alle nach einem einheitlichen Plan und doch im einzelnen wieder verschieden gebaut sind. Daß die stillschweigend angenommene Symmetrie in Wirklichkeit nicht vorhanden ist, wird die meisten überraschen, ebenso der bei aller Verwirrtheit doch regelmäßige Verlauf der Nervenfasern. Warum sie nicht geradlinig verlaufen, sondern wellenförmig, in Kaskadenform, in Biegungen um 90°, sogar 180°, läßt den Verfasser immer wieder an die verschlossenen Pforten der Erkenntnis pochen, um so mehr, als gerade an den Biegungsstellen „etwas Wichtiges vor sich geht" (S. 364). Vielleicht zieht R. einmal die Vorgänge beim Wechselstrom in den Kreis seiner Betrachtung. Dieser liefert bei gewundenem oder gebogenem Draht sog. Extraströme, deren elektromotorische Kraft als Impedanz sich dem durchgeschickten Wechselstrom entgegenstellt und ihn unter Umständen sogar abdrosseln kann. Natürlich ist das Nervenprinzip nicht ohne weiteres als Wechselstrom anzusprechen, und die Kaskadenfasern nicht als Drosselspule. Allein der Ge-



danke, daß auf ähnliche Weise der von der Peripherie kommende Strom in den Ganglien verarbeitet würde, scheint doch der Überlegung wert.

Nicht bloß zahlreiches wertvolles Material wird beigebracht, nicht bloß zahlreiche Einzelfragen aufgeworfen und angedeutet. Rádls Buch schürft tiefer und bringt mit seinen kritischen Bemerkungen über die dermalige Neurologie einen großen Teil unserer überkommenen Vorstellungen zum Wanken. Sklerosierte Geister werden seine Angriffe auf die liebe Denk-Bequemlichkeit als shocking bezeichnen, elastische Köpfe dagegen sind sicherlich geneigt, den Anstoß aufzunehmen und weiterwirken zu lassen, und die scheinbar soliden Fundamente unseres Wissens aufs neue auf ihre Tragfähigkeit zu revidieren. Denn: „Was wird dem Fortschritt der Naturwissenschaft hinderlicher sein, was legt dem Untersuchungsgeist stärkere Fesseln an, als der einschläfernde Wahn, vollendet zu haben, wo noch nicht die Hälfte des Wegs zurückgelegt ist?" (Alexander v. Humboldt.)

Buttersack-Trier.

Bücherschau.

v. Poehl u. Söhne, Organotherapeutisches Kompendium. (2. Deutsche Auflage **1912.**)

Eine vielen Praktikern sehr erwünschte Zusammenstellung der v. Poehlschen Präparate mit Literaturangabe und genauer Indikationsstellung.

v. Schnizer-Höxter.

Kobert, Rudolf (Rostock), Kompendium der praktischen Toxikologie. (Fünfte, gänzlich umgearbeitete u. erweiterte Aufl. Mit 59 Tabellen. Stuttgart 1912, Ferd. Enke. Gr. 8°, 330 S., geh. 7,40 Mk., in Leinw. geb. 8,40 Mk.)

Ein alter guter Bekannter kommt mit Koberts Kompendium in neuer, verbesserter Gestalt wieder zu uns. Wenn je ein Buch sich Kompendium nennen durfte so kann es dieses vor allen, bringt es doch auf kleinem Raum eine unendliche Fülle des für den Arzt Wissenswerten in kurzer, prägnanter Form, die noch besonders übersichtlich gemacht ist durch die Einteilung des weitverzweigten Stoffes in den beigegebenen Tabellen, so daß wir mit Recht hier das Motto wiederholen können, das der Verfasser seinem Werk mit auf den Weg gegeben:

Willst du im Reich der Gifte heimisch sein,
Dies Büchlein ist die Tür; tritt nur herein!"

Werner Wolff-Leipzig.

Therapeutische Notiz.

Der heutigen Aufnahme liegt ein Prospekt der Chemischen Fabrik „Nassovia" Wiesbaden über Siran bei, und es wird auf das nachstehend Gesagte besonders hingewiesen. —

Pharakologisches: Nach Tierversuchen von Roßbach und Frieser wurde des Kal. sulfoguajacol gut vertragen. Auch die Injektionen hatten niemals schädliche Nebenerscheinungen zur Folge. Schnirer beobachtete in 32 Fällen von Lungentuberkulose Abnahmen des Hustens und des Auswurfs sowie Hebung des Wohlbefindens. Auch Schwarz, Frieser, Maramaldi, Schulhoff, Brauen, Moer u. a. bestätigen besonders bei Kindern sämtlich die gleichen Erfahrungen. Ebenso erhielten French und Hasch noch gute Resultate. Mendelsohn fand, daß auch die Nachtschweiße günstig beeinflußt werden. Fasano und Mendelsohn beobachteten günstigen Einfluß bei Skrofulose. Bei chronischen Bronchitiden und nicht tuberkulösen Erkrankungen der Atmungsorgane erhielten Drago und Monta Cocoa, Johnsten Morin, Hick u. a. gute Resultate. Bei Keuchhusten haben Rey, Weinberg, Pinet und Schnirer einen günstigen Einfluß bemerkt. Fabrikat: Chemische Fabrik „Nassovia" Wiesbaden.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.



30 Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.
Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 44. | Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. | 31. Oktob.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Die medikamentöse Therapie der Lungentuberkulose in der ambulanten Behandlung.

Von Dr. **Blümel**, Halle a. S. Spezialarzt für Lungen- und Halskrankheiten.

Die arzneiliche Behandlung darf nicht, was sie vielfach noch immer ist, der hauptsächliche oder alleinige Teil der Tuberkulosetherapie sein. So notwendig sie bei Phthisikern im Endstadium der Krankheit ist, so entbehrlich ist sie oft bei noch besserungsfähigen, ambulant zu behandelnden Patienten. In gewissen Fällen hat sie zweifellos ihre Berechtigung und Bedeutung, aber im Vergleich mit der hygienisch-diätetischen und spezifischen Behandlung nur eine untergeordnete insofern sie nur symptomatischen und nicht kausalen Indikationen genügt. Damit will ich nicht die verschiedenen Formen der Therapie in einen Gegensatz zueinander stellen, so als wenn nur eine oder die andere Form in Betracht käme, sondern gerade die notwendige Ergänzung der einen Form durch die andere, ihre gegenseitige Unterstützung durcheinander möchte ich betonen. Aber der Hauptwert der arzneilichen Therapie liegt darin, daß sie die Durchführbarkeit der hygienisch-diätetischen und spezifischen Behandlung erleichtert und das schnellere Erreichen guter Erfolge ermöglicht. Darin begrenzt sich oft ihre Leistungsfähigkeit.

Das wird leider noch nicht allseitig anerkannt; die arzneiliche Behandlung ist vielfach noch die allein gebräuchliche und beherrscht die Tuberkulosebehandlung. Der Hergang, wenn Kranke mit Leiden der Atmungsorgane den Arzt aufsuchen, ist gewöhnlich folgender: Der Kranke kommt mit Klagen über Bruststechen, Husten, Auswurf usw. Entweder untersucht man ihn gleich oder beschränkt sich das erste Mal auf eine symptomatische Therapie, deren Gegenstand der Husten (Morphium), Brustschmerzen (Einreibung) usw. sind. Hier muß m. E. die erste Änderung einsetzen, wollen wir die Entwicklung schwerer Tuberkulosen verhüten; und wir Spezialisten sehen in der Mehrzahl der Fälle Kranke in vorgerückten Stadien. Bei allen Krankheiten, die mit solchen suspekten Symptomen einhergehen, ist eine gründliche Untersuchung mit Temperaturmessung besonders angezeigt, ebenso wie eine Untersuchung des Auswurfs. Das wird manchem Kollegen, der eine ausgedehnte Kassenpraxis hat, gewiß große Schwierigkeiten



machen. Denn das Honorar steht in keinem Verhältnis zu der für eine so mühevolle Arbeit aufgewendeten Zeit.

Findet eine Untersuchung statt, wird oft sofort ein „Lungenspitzenkatarrh" diagnostiziert. Bei dem einen Kollegen ist dieser Ausdruck schon eine bewußte Umschreibung für Tuberkulose, bei dem andern mehr ein Verlegenheitsausdruck, weil eine richtige Diagnose noch fehlt. Wird die Krankheit als Tuberkulose erkannt, wird der Patient zumeist „weggeschickt" d. h. einer Heilanstalt überwiesen, oder er wird, wie in den Fällen, wo die Diagnose feht, in gewöhnlich rein symptomatische Behandlung genommen. Der Kranke bekommt sein Hustenmittel, gewöhnlich Morphium und seine Derivate; die Folge ist, daß Auswurf und Husten infolge Unterdrückung des Hustenreizes abnehmen und der Kranke, in dem Glauben gebessert zu sein, sich nicht mehr um seine Krankheit kümmert. Höchstens kommt er nach einiger Zeit mal wieder und bittet um Erneuerung der Tropfen, „die ihm so gut geholfen hätten." In wesentlich verschlechtertem Zustand sehen wir ihn später infolge vermehrter Beschwerden jetzt zumeist eine andere Hilfe in Anspruch nehmen.

Die Diagnose „Tuberkulose" ist ja oft schwer und sehr oft bei der ersten Untersuchung kaum endgültig zu stellen. Temperaturmessungen, Auswurfuntersuchung, biologische Reaktionen, wiederholte physikalische Untersuchungen müssen zur Entscheidung herangezogen werden. Wer bewußt beobachtet und um diese Beobachtung zu ermöglichen, den Kranken gegenüber mit symptomatischen Mitteln arbeitet, macht sich keiner Unterlassungssünde schuldig. Im Gegenteil, er vermeidet damit vielleicht oft Fehldiagnosen auf Tuberkulose, die ja im allgemeinen sehr zahlreich sind. So halte ich jedes Jahr mehrere Dutzend Patienten hier zurück. die schon auf dem Wege in eine Lungenheilanstalt sind mit der Diagnose „Lungenspitzenkatarrh". Ihr Katarrh gehört aber nicht der Lunge, sondern Trachea und Bronchien an, und eines Ursachen sind Nasenstenosen (infolge Septumverbiegung, Rachenmandel- und Nasenmuschelhyperplasie), Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase usw., oder es handelt sich um chronische Bronchitiden, Bronchiektasien oder Emphysem.

Also klinisch und kritisch untersuchen und beobachten ist notwendig; aber symptomatisch behandeln ohne Diagnose, ohne das Suchen danach, oder aus Unkenntnis einer sachgemäßen Therapie kann gefährlich werden für die Kranken. Wer tagtäglich sieht, wieviel Unheil *diese* spmptomatische Behandlung anrichtet, der lernt sie mit äußerster Vorsicht bewerten. Es muss erreicht werden, daß auch die Tuberkulose neben der arzneilichen Therapie hygienisch-diätetisch und spezifisch behandelt wird.

In weiten Kreisen der Allgemeinpraktiker gelten leider noch immer das *Kreosot* und seine Derivate als spezifisch. Sie sind aber, wenn sie auch immer als Antiphthisika rangieren, *falsche Spezifika* und kommen nur als *symptomatische* Mittel in Betracht. Als solche haben sie schon ihre, aber doch beschränkte, Bedeutung. *Kreosot*, *Duotal*, *Eosot*, *Pneumin* und der wirksame Bestandteil des Kreosots *Guajakol* und seine Derivate *Geosot*, *Histosan* usw. sowie *Sulfosol* (sowohl das Kreosot-sulfo-saure Kalium des Sulfosolsirups wie das Guajakol-sulfo-saure des „*Sirolin*-*Thiokoll*- und *Siran*), um nur die bekanntesten Präparate aufzuzählen, haben auf das tuberkulöse Gewebe und



auf die Tuberkelbazillen keinen direkten Einfluß. Sie wirken nachweislich fast nur auf die Schleimhaut von Magen und Darm und so ale Stomachika auf den Appetit. Aber das rechtfertigt doch durchaus nicht, daß die gesamte Tuberkulosetherapie mancher Ärzte nur in der Verabfolgung dieser Mittel besteht, deren teilweise hoher Preis wie bei Sirolin, Guajakose usw. in keinem Verhältnis zu ihrem Nutzen steht.

Dem Arzt wird allerdings die Aufklärung des Publikums außerordentlich durch die rücksichtslose Reklame mancher chemischer Fabriken in der Presse erschwert. Gerade die genannten teuren Präparate werden immer wieder als Mittel gegen Katarrhe der Luftwege und Tuberkulose angezeigt, gekauft und eingenommen, ohne daß der Arzt gefragt wird. Auf diese Weise verstreicht ebensoviel für die Therapie kostbare Zeit kaum genützt, wie durch eine unvollkommene ärztliche Behandlung, die sich auf die Anwendung der falschen Spezifika beschränkt.

Es ist natürlich ein Unterschied, ob es sich um eine besserungsfähige, ambulant zu behandelnde Tuberkulose oder eine aussichtslose letale Phthise handelt. In letzterem Falle ist vieles geboten, was in ersterem kontraindiziert ist. Die folgenden Zeilen — das möchte ich nochmals betonen — gelten nur der medikamentösen Therapie der ambulant zu behandelnden besserungsfähigen Tuberkulose. Die arzneiliche Therapie wird, den einzelnen Krankheitssymptomen folgend, besprochen werden.

1. Allgemeinbefinden.

Für den Kranken stehen vielfach nicht so sehr die direkten Krankheitssymptome wie Husten und Auswurf, sondern mehr allgemeine Störungen des Befindens im Vordergrunde. Am häufigsten wird über Mattigkeit, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Teilnahmlosigkeit usw. geklagt. Diese Symptome an und für sich bekämpfen zu wollen, wäre verfehlt. Eine geregelte Diät, eine entsprechende Hygiene und spezifische Behandlung bessern diese Erscheinungen vielfach von selbst, wenn die Arbeit für die nötige Zeit ausgesetzt wird und der Kranke sich in ausgedehnter Liegekur ausruhen kann. Warnen, dringend warnen möchte ich davor, sofort mit Nähr- und Kräftigungsmitteln anzufangen. Sanatogen, Plasmon, Tropon, Somatose, Bioson, überhaupt die aus Pflanzen-, Tier- oder Milch-Eiweiß gewonnenen Nährmittel, oder die kohlehydratreicheren Präparate wie Hygiana, Ovomaltine, Odda oder die reinen Malzextrakte wie Schiffsmumme, Maltyl-Gehe, Maltokrystol-Brunnengräber können immer nur dann in Betracht kommen, wenn eine hinreichende Nahrungsaufnahme d. h. das Verspeisen einer auch der Menge nach vorgeschriebenen gemischten Kost nicht möglich ist. Ich komme, wenn es sich allein um Unterernährung handelt, ganz ohne diese Nährpräparate schon seit Jahren aus und versuche mit gutem Erfolg meine Kranken davon zu überzeugen, daß eine Erbsensuppe mit Speck z. B. für sie mehr Wert hat als ein vielleicht teurerer Esslöffel eines der genannten Präparate. Im Grunde will man ja auch mit diesen Mitteln vor allem den bettlägerigen und magendarmkranken, in der Speisenaufnahme beschränkten Phthisikern helfen, d. h. solchen, die kompaktere Speisen nicht zu sich nehmen können oder mögen, also mehr auf flüssige Kost (Kehlkopfkranke) angewiesen sind oder unaufgeschlossene Nahrung nicht entsprechend



ausnutzen können. Handelt es sich aber um fieberlose, umhergehende Kranke, mit gesunden Verdauungswerkzeugen, dann sind die großen Summen zu bedauern, die für solche Nährmittel überflüssig geopfert werden. Das Publikum folgt nun leider der Zeitungsreklame vielfach lieber als dem ärztlichen Rat. Trotzdem müssen wir versuchen, es dahin aufzuklären, daß ein Teelöffel der erwähnten Präparate nicht den Nährwert eines Butterbrotes hat und daß es auch, um den Verdauungsorganen ihre Arbeit zu geben, zweckmäßiger ist, anstatt der Nährmittel Brot zu sich zu nehmen.

Abgesehen von den körperlichen Störungen des Allgemeinbefindens die direkt auf Schwächung durch die Tuberkulose und auf ein im Verhältnis zu der Erkrankung zu reichliches Maß von Bewegung und Arbeit zurückzuführen sind, finden wir noch andere Gründe für eine Beeinträchtigung des Befindens. Einerseits sind es Alterationen des Nervensystems, die ihren Grund wohl nicht so sehr in einer Schädigung der Nerven durch das Gift der Tuberkelbazillen haben, als in einer schon vorher bestehenden Veranlagung, andrerseits ist vielleicht eine Chlorose die Ursache der Beschwerden. Neurasthenie, besonders Hypochondrie, Hysterie weisen, mit Tuberkulose als mit einer allgemein erschöpfenden Krankheit, kompliziert; schwerere Krankheitsbilder wie sonst auf. Gerade der Wechsel der Stimmung, das „Himmelhochjauchzen, zu Tode Betrübtsein" ist ja seit langem als typisch bei Tuberkulösen bekannt. Es ist aber eigentlich nur bei neurasthenischen Kranken die Regel. Sonst gibt es auch genug Phlegmatiker unter ihnen. Eine gewisse Labilität der Stimmung, leichtes Erregtsein, schnelle Depression finden wir besonders bei jenem Teil der Kranken, den aufregende Zwischenfälle (Blutungen, Fieberattacken) und gefährliche Komplikationen und deren Behandlung (Kehlkopftuberkulose) langsam zu Neurasthenikern gemacht haben.

Das Verhalten des Arztes, sein verständnisvolles Eingehen auf die Klagen der Kranken und sein überzeugendes, das Vertrauen des Kranken gewinnendes Aussprechen über die zu erwartenden Heilaussichten machen manchmal jede antinervöse Therapie überflüssig. Wo eine medikamentöse Therapie in Betracht kommt, steht Brom und seine Derivate an erster Stelle: wie

1. Sol. Kal. (Natr.) bromat, 15,0 : 200,0
   oder
2. Natr. bromat.
   Kal. „
   Ammon. „ aa 5,0
   Aqu. dest. ad 200.0

Von 1. und 2. 3 mal täglich ein Eßlöffel voll in $^1/_2$ Glas Wasser nach dem Essen, oder

3. Sandow's brausendes Bromsalz, 1 Originalglas, dreimal täglich ein Meßglas voll, ebenso gelöst.

Wenn Brom Magen- und Darmbeschwerden macht, was nicht so selten ist, verordne ich an seiner Stelle Adalin oder Neuronal (1 Originalglas Tabletten zu 0,5 g, 2—3 mal täglich eine, in einem Likörglas voll Wasser gelöst.) Damit komme ich gewöhnlich aus.

Sind als Ursachen der Mattigkeit und Abgeschlagenheit allgemeine auf der Tuberkulose beruhende Erschöpfung oder Neurasthenie aus-



zuschließen, kommt, wie erwähnt oft eine Chlorose als ursächliches Moment in Frage. Gerade in dem Anfangsstadium sehen wir oftmals eine Reduktion des Hämoglobin-Gehalts und auch der Erythrocyten-Gehalts und auch der Erythrocyten-Zahl. Ich gebe Eisen meist in Verbindung mit Arsen, nicht nur wegen seiner stärkeren Wirkung auf die blutbildenden Organe, sondern auch wegen der häufigen Komplikation anämischer und chlorotischer Zustände mit nervösen. Erwachsenen verordnet man gewöhnlich: (nach den Formul. magistr.)

Acid. arsenicos. 0,1
Ferri reduct. 3,0
Pulv. et Rad. Liquir.
Piper. nigr. pulv. aa 1,5
Gummi arab. qu. s.
ut f. pilul. Nr. 50
C. D. S. 2—3 mal täglich 2 Pillen.

Wo anorganische Eisenverbindungen infolge Ätzwirkung zu Reizungen des Magendarmkanals oder zu Obstipation Anlaß geben, sind organische Verbindungen indiziert, wie Arsen-Meferrin (Wolff), bei dem das Eisen an Eiweiß gebunden ist. Es wird in Tabletten (2—3—4 mal täglich 2) verabfolgt. (1 Originalschachtel zu 50 Stück kostet 1,25 M.)

Von flüssigen Arsen-Eisen-Präparaten, die für Patienten, die schlecht Tabletten schlucken können, und besonders für die Kinderpraxis in Betracht kommen, empfehle ich als sehr preiswert das Arsenpeptoman-Rieche (die Originalflasche 1,40 M.), dann die Arsen-Metaferrose (200 ccm 2,00 M.) und das Arsen-Triferrol-Gehe (250 ccm 2,25 M). Man verordnet 3 mal täglich einen Eßlöffel, bezw. Kinderlöffel voll. (In letzter Zeit wird das Arsentriferrol mit Maltyl auch in Form von sehr schmackhaften, besonders von Kindern gern genommenen Schokolade-Tabletten abgegeben: Arsen-Triferrin-Maltyl (Gehe) eine Originalpackung: Tabletten (18) Dosis 4–6 täglich.

Ich habe hier von den zahlreichen Präparaten dieser Art nur diejenigen genannt, die sich mir seit längerer Zeit bewährt haben. Es können natürlich für diese Zwecke auch die früher erwähnten sogenannten Kräftigungsmittel herangezogen werden, wie Ovomaltine, Sanatogen, Maltyl, Mumme usw.

Eine Vermehrung der Erythrozyten, und wenn auch in geringerer Menge, des Hämoglobingehalts läßt sich auch ohne arzneiliche Behandlung durch die Kuhn'sche Saugmaske erreichen. Ich halte die Anämie und Chlorose für das Hauptindikationsgebiet der Maske; gerade in dieser Beziehung hat sich auch experimentell einwandfrei zeigen lassen, daß die Ursache dieser Wirkung der auf das Knochenmark ausgeübte Reiz ist. Er wird durch die periodisch sehr verminderte Sauerstoffspannung erzeugt. Die Wirkung auf den tuberkulösen Prozeß, die der Erfinder durch eine Hyperämie der Lunge bewirken will, kann man in eindeutiger Weise nicht feststellen. Meiner Ansicht nach kommt der gleichzeitig verordneten Liegekur der hauptsächliche kurative Einfluß zu.

Bei der Behandlung anämischer Zustände ist die Maske anfangs mit offenem Schieber zu benutzen, mit allmählicher Erschwerung der Atmung durch Verengung des Schlitzes um je einen Strich; anfangs



läßt man sie nur wenige Minuten liegen, um im Laufe von 10—14 Tagen auf zweimal 2 oder viermal 1 Stunde zu kommen.

Schmerzen.

Die häufigsten Schmerzen der Kranken bestehen in Brust-, Seitenstechen und Rückenschmerzen, die gewöhnlich zwischen den Schulterblättern empfunden werden. Oft handelt es sich hier um Muskelschmerzen; so geben die Kranken an, daß sie die Schmerzen in den Bedeckungen des Brustkorbes fühlen. Auch Schwellungen der Bronchialdrüsen sollen Schmerzen, besonders in der Hilusgegend, verursachen können. Am häufigsten sind es aber leichtere Reizungen des Rippenfells, die zu Beschwerden Veranlassung geben, ohne daß gerade von einer „Pleuritis sicca" gesprochen werden könnte. Auch alte pleuritische Adhäsionen machen besonders bei Witterungswechsel oft sogar sehr quälende Schmerzen.

In den meisten Fällen genügt es, dem Kranken den Grund der Schmerzen zu erklären, um ihn darüber zu beruhigen. Das Bewußtsein, daß die Lunge direkt diese Beschwerden nicht verursacht, mildert sie in zahlreichen Fällen schon derartig, daß irgend eine therapeutische Verordnung überflüssig ist, wie man überhaupt in der Phtisiotherapie immer versuchen soll, die Beschwerden der Kranken auf das richtige Maß zurückzuführen, um sie und damit die symptomatische Therapie nicht zu sehr in den Vordergrund zu stellen gegenüber den übrigen, der Bekämpfung der Tuberkulose selbst dienenden ungleich wichtigeren Maßnahmen.

Als einfaches, und vielfach prompt wirkendes Mittel verordne ich eine heiße Brustpackung. Bei hartnäckigen Beschwerden gebe ich gewöhnlich Jothion (Bayer) (Dijodpydroxypropan), in Form einer Einreibung oder in Salbenform, und zwar:

Jothion 2,0
Ol. olivar. ad 20,0
M. D. S. früh und abends 15—20 Tropfen einreiben.

oder

Jothion 5,0
Adip. lanae anhydr.
Vaselin. flav. aa ad 20,0
M. f. ugt. D. S. früh und abends ein erbsengroßes Stück einreiben.

Das Jothion muß gut verrieben, sozusagen mehrere Minuten einmassiert werden, dann wird es gewöhnlich ausgezeichnet resorbiert. Ich möchte es gerade gegen Brustschmerzen bei Tuberkulösen besonders empfehlen, denn es hat mich hier fast nie im Stich gelassen. Andere Einreibungen, Pflaster, Senfpapiere, usw. habe ich deswegen kaum mehr angewandt.

Neuralgien der Interkostalnerven kommen natürlich auch bei Tuberkulösen vor. Massage mit Jothionsalbe oder Bengué's Balsam, durch den Kranken selbst ausgeführt, und der einigemal angewandte faradische Strom beseitigen sie gewöhnlich bald.

Ein von den Kranken häufig geklagter Schmerz betrifft die Gegend der Herz- oder Magengrube. Es handelt sich hier um Empfindungen in den Bauchdecken, die zumeist infolge Spannung durch starkes Husten entstehen. Bei Abnahme des Hustens schwinden sie von selbst.

Schmerzen, die durch frische Entzündungen oder Adhäsionen



der Pleura hervorgerufen werden, bekämpft man am einfachsten mit Ruhigstellung der erkrankten Seite evt. unter Bettruhe. Denn mit dem Aufhören der Atemexkursionen vermindern sich die Beschwerden gewöhnlich. Die Ruhigstellung erreicht man durch Heftpflasterstreifen, bei deren Anwendung der Kranke sogar umhergehen und arbeiten kann, oder nach Kuhns, durch Fesselung der Hand der erkrankten Seite an den Oberschenkel der andern Seite, allerdings unter Bettruhe. Im übrigen sind gerade hier Jothion-Einreibungen besonders angebracht.

Husten.

Der Husten wird leider zu oft noch als Krankheit an sich betrachtet und nicht als das, was er wirklich ist, nämlich ein Krankheitssymptom. Er gehört zur Tuberkulose, wie er zu den meisten Krankheiten der Atemwege überhaupt gehört. Man sollte sich deshalb hüten, ihn allein zu bekämpfen, und sich um weiter nichts zu bemühen. Der Kranke glaubt dann, daß mit der, durch etwaige Narkotika bewirkten, Abnahme des Hustens sich auch die Krankheit gebessert hat, kümmert sich nicht weiter darum, und so wird, wie schon geschildert, aus einem Initialfall durch Verschleppung ein vorgeschrittener; eine rechtzeitige kausale Therapie hätte das verhüten können. Statt den Kranken und sich selbst auf solche Weise zu täuschen, muß man ihm klar machen, daß der Husten nun einmal zu der Krankheit gehört und kaum vor der gänzlichen Gesundung aufhören würde, ja daß er sogar nötig ist, soweit er der Herausbeförderung der Schleimmassen dient; mit der Besserung der Erkrankung mindere sich der Husten von selbst. Man wird dann n. m. E. in der Mehrzahl der Fälle ohne Hustenmittel auskommen. Das hat auch einen anderen praktischen Vorteil; der Kranke wird, solange er hustet, auch eher von der Notwendigkeit überzeugt sein, daß er noch krank und behandlungsbedürftig ist.

Im übrigen soll er angehalten werden, den trockenen Husten nach Möglichkeit zu unterdrücken, nicht jedem Kitzel nachzugeben, d. h. nur zu husten wenn er zugleich expektoriert. Verabreichung von Hustenmedikamenten ist angezeigt, wenn dauernder trockener Reizhusten (also Husten ohne Produktion von Auswurf) Beschwerden verursacht wie Erbrechen und Schlaflosigkeit. Kann der Kranke trotz besten Willens den trockenen Husten nicht disziplinieren, erbricht er oder wird er in seiner Nachtruhe gestört, so muß man helfen. Das kann auf zwei Wegen geschehen, entweder durch Erleichterung der Expektoration, oder durch Hemmung der Reflexe der Atemwege. Die erste Möglichkeit ist bei Tuberkulose mit wirklichem Erfolg nur in beschränktem Maße anwendbar (darüber siehe unter „Auswurf"); ich verwende die feuchte Brustpackung, die natürlich bei der ambulanten Behandlung nur die Nacht über benutzt werden kann. Wo sie versagt, oder wo am Tage sich eine Herabsetzung des Hustenreizes notwendig macht, kommen die reflexhemmenden Mittel in Frage, an erster Stelle die Morphinderivate: H e r o i n und C o d e i n. Sie haben vor Morphium selbst den außerordentlichen Vorzug einer viel weniger giftigen Wirkung, lassen keine Angewöhnung in der Art des Morphinismus eintreten und wirken in den gebräuchlichen Dosen kaum stuhlverstopfend; das Heroin noch weniger wie das Codein. Deshalb bediene ich mich vor allem des Heroins in Form von: Heroin hydrochl. Bayer (Diacetylmorphin) (salzsaurer Morphindiessigsäureester).



Ich habe von Heroin bei tausenden von Verordnungen noch niemals Schädigungen, unangenehme Nebenwirkungen wie Schwindel und Übelkeit gesehen, wie das von anderen gelegentlich berichtet worden ist. Das Heroin hat vor allem auch viel weniger als andere Sedativa, (wie besonders Morphium oder auch Pantopon). eine hypnotische Allgemeinwirkung und ruft keine störenden Ermüdungserscheinungen hervor. Es wirkt eigentlich fast spezifisch sedativ auf die Atemwege, indem es die Erregbarkeit des Atemzentrums stärker herabsetzt und die Atmung vertieft und verlangsamt.

Ich verordne es in 1/2 prozentiger Lösung:

Sol. Heroin mur. Bayer 0,1 : 20,0

und gebe davon bei durch Husten gestörtem Schlaf: abends 10 Tropfen in einem Eßlöffel Wasser. Da das Erbrechen in der Mehrzahl der Fälle früh nach dem Aufstehen infolge starken Reizhustens auftritt, gebe ich früh nochmals dasselbe Quantum Tropfen. Sie müssen schon abends bereit gestellt werden, damit sie früh, sofort beim Erwachen, vor dem Verlassen des Bettes genommen werden können. Am Tage muß das Medikament, wenn es wegen Erbrechens geboten erscheint, 1/2 Stunde vor den betreffenden Mahlzeiten gegeben werden. Einfach zu verordnen: „zwei- oder dreimal am Tage 10 Tropfen" ist in diesen Fällen zweckwidrig. Man muß seine Verordnungen dem Bedürfnis anpassen und entsprechend detaillieren. So haben die meisten Kranken beim Wechsel der Lage, also Aufstehen und Schlafengehen die quälenden Hustenparoxysmen. Das muß dann in der Verordnung berücksichtigt werden. Im allgemeinen unterdrücke ich allerdings den Husten am Morgen ungern, weil er gewöhnlich mit reichlicher Schleimproduktion verbunden ist. Man sieht öfter von solchen Sputum-Retentionen Erhöhung der Körpertemperatur, abgesehen von den Belästigungen, die dem Kranken durch das von ihm selbst gehörte Giemen und Röcheln infolge zurückgehaltenen Schleims erwachsen.

Statt Heroin kann 2. Codein. phosphoric. (Codein-Methylmorphin) verwandt werden.

Sol. Codein phosphor. 1,0 : 20,0.

Man verordnet 10—15—20 Tropfen pro dosi. An Stelle der Tropfen kann man sich auch der handlicheren Tabletten bedienen, zu 0,05 g, von denen also eine halbe 10 Tropfen der 5 prozentigen Lösung entspricht.

Tabul. Cod. phosph. à 0,05

Ein Originalglas „Knoll". (20 Stück 1,50 M. 10 Stck. 0,80 M.)

3. Das Dionin (salzsaures Äthylmorphin wird verordnet in 0,5-prozentiger Lösung in Dosen zu 10--20 Tropfen; Sol. Dionin. 0,5 : 20,0 in den angegebenen Dosen (auch in Tabletten à 0,03 = 24 Tropfen der 0,5 prozentigen Lösung : Dionin-Merck Tabletten 0,03 1 Originalröhrchen (20 Stck.: 2,20 M.)

Dionin wirkt stärker hypnotisch und beschränkt auch die Darmperistaltik mehr wie Heroin und Codein.

4. Pantopon — ein ballastfreies wasserlösliches, sämtliche Alkaloide des Opiums enthaltendes Opium.

1 Originalflasche Sol. Pantop. (Roche)

0,2 : 10,0 (1,40 M.) oder Tabletten Pantopon eine Originalflasche (20 Tabl. à 0,01) (1,20 M.)

Es wirkt in Dosen von 10--20 Tropfen oder 1—2 Tabletten mehr stopfend und auch mehr allgemein narkotisch. Das Pantopon enthält



50 Prozent Morphium, und wenn auch die Morphium-Wirkung, besonders bezügl. ihres Einflusses auf das Atemzentrum, durch die Alkaloide des Opiums entsprechend modifiziert wird, so sehen wir doch von ihm eine bedeutend stärkere Hustenstillung, es bringt auch mehr Schlaf und nimmt mehr die Schmerzen, wirkt also, wie gesagt, mehr allgemein narkotisch wie die genannten Mittel. In der ambulanten Praxis werden wir zumeist des Pantopons entraten können, besonders dort, wo schon Neigung zu Verstopfung besteht. Die Domäne des Pantopons in der Behandlung der Lungentuberkulose ist sehr quälender Husten, den die genannten Narkotika nicht in der gewünschten Weise herabsetzen können, und Fälle, die daneben Neigung zu Diarhöen haben. Da sich beide Kategorien von Kranken zumeist unter den stationär zu behandelnden befinden, so kommt hier das Pantopon in erster Linie in Betracht. Eine besondere Indikation für Pantopon-Darreichung bildet durch Husten und nervöse Unruhe gestörter Schlaf. (20 Tropfen der 2 prozent. Lösung oder 2 Tabletten.)

Eine mehr schlafmachende und daneben hustenstillende Wirkung hat man durch Kombination mehrerer Arzneimittel zu erzielen versucht und zwar mit gutem Erfolg durch die Mischung von Brom mit Codein:

5. Kal. bromat 15,0
   Cod. phosphor. 0,35
   Aq. dest ad 150,0

M. D. S. abends 1—2 Eßlöffel voll.

Statt des Broms hat man auch Natr. diaethylbarbituric. genommen (Veronal-Natr.) wie beim Codeonal-Knoll, das aus 2 Teilen Codein. diaethylbarbitur. und 15 Teilen Natr. diaethylbarbitur. besteht. Bei Kombinationen narkotischer Mittel addiert sich nun nach dem Bürgi'schen Gesetz nicht nur die Wirkung ihrer Komponenten, sondern potenziert sich sogar, so daß infolge dieser stärkeren Wirkung die narkotische Dosis vermindert werden kann. Man kommt also mit wesentlich kleineren Gaben als bei Einzelanwendung der betr. Mittel aus. Von Codeonal, das pro Tablette nur 0,17 g enthält, genügen 1—2 Tabletten zu einer energischen Wirkung.

6. Codeonal (Knoll) 1 Originalröhrchen (10 Tabletten zu 1,25 M.)

Bei sehr schweren Fällen von Agrypnie infolge Hustens und nervöser Unruhe, zumeist also bei stationären Fällen, bediene ich mich einer Kombination von Natr. diaethylbarbitur. mit Dionin:

7. Dionin 0,02 (— 0,03)
   Natr. diaethylbarbit. 0,35 (— 0,5)

M. f. pulv. D. S. abends ein Pulver.

Notwendig ist es, bei Klagen über Hustenreiz auch eine Nasen-, Rachen- und Kehlkopfuntersuchung vorzunehmen, wie denn überhaupt solche Untersuchungen grundsätzlich an allen Patienten mit Krankheiten der Atmungsorgane ausgeführt werden sollten. Oft geht der Reiz als Kitzel von einem Rachenkatarrh aus, dessen entsprechende Behandlung dem Kranken sofort wieder Ruhe gibt. Ein gutes Linderungsmittel bei Reizhusten aus den oberen Luftwegen sind:

Coryfin-Bonbons (Bayer) (Äthylglycolsäureester des Menthol) 1 Originalschachtel (1,50 M.)

Man läßt sie mehrmals täglich im Munde zergehen. Sie haben sich mir mehr bewährt als die früher von mir verordneten Mentholdragées. Auch bei Hustenreizen, die von tuberkulösen Erkrankungen



des Kehlkopfes, besonders des Kehldeckels, ausgelöst werden, hat sich mir das Coryfin als zweckmäßig erwiesen. (Die weitere therapeutische Beeinflussung muß in der Behandlung der Kehlkopftuberkulose nachgelesen werden.) (Schluß folgt).

Das hygienisch-diätetische Heilverf. hren bei Lungentuberkulose, am Wohnort des Kranken durchgeführt.

Von Dr. **Blümel**, Halle a. S., Spezialarzt für Lungen- und Halskrankheiten.

Diätetische Behandlung. (Schluß)

Die diätetische Th rapie stand früher, teilweise auch heute noch, in der Tuberkulosebehandlung an erster Stelle. Sie ist außerordentlich wichtig, muß aber auch, wie alle anderen therapeutischen Faktoren, individualisiert werden. Auf dieser Grundlage werden wir bei der ambulanten Therapie diätetische Verordnungen geben, aber nicht ausschließlich im Sinne von Mastkuren und so schematisch wie in den Sanatorien. Die Mästung soll nie Selbstzweck sein, sondern auch nur Mittel zum Zweck, sie kann auch nur im Bunde mit den übrigen Faktoren Wert haben. Man soll sich hüten, die durch die diätetische Behandlung erzielten Wirkungen, soweit sie nur in Gewichtszunahmen bestehen, zu überschätzen, indem man annimmt, der Fettansatz stände im geraden Verhältnis zum Rückgange des Krankheitsprozesses. Dem ist nicht so. Wir sehen Phthisen genug, die in verhältnismäßig kurzer Zeit Gewichterhöhungen, aber gar keine objektiv nachweisbare Besserung zeigen, besonders in Heilanstalten, wo die veränderte sehr reichliche Ernährung und viele Ruhe in der ersten Zeit oft eine außerordentlich schnelle Hebung des Körpergewichtes bewirken. In diesen Fällen bemerken wir leider dann zu Hause oft einen schnellen Rückgang des Gewichtes, im Gegensatz zu den Erfolgen in der ambulanten Behandlung. Hier sieht man, vielfach allerdings erst mit fortschreitender objektiver Besserung, manchmal gar erst nach mehreren Monaten das Gewicht steigen, ohne daß die Art der Nahrung grundsätzlich geändert wurde, ja ohne daß manchmal die aufgenommene Nahrungsmenge sich vermehrt hätte. Das Gewicht erhält sich dann aber auch gewöhnlich auf derselben Höhe, wenn der Kranke wieder seinem Beruf nachgeht.

Die Sanatorien haben vielfach außerordentliche Schwierigkeiten die Ernährung bzgl. der Quantität individuell zu gestalten, weil die Kranken in dem Glauben, der Fettansatz sei der Hauptzweck der Kur, nur nach Gewichtszunahmen streben, ja eifersüchtig auf die schneller und besser zunehmenden Patienten sind. Dem Arzt wird es dann oft — besonders in Volksheilanstalten — als eine zu Gunsten des Anstaltsbesitzers inaugurierte Sparsamkeit ausgelegt, wenn er den Versuch macht, seinen Kranken in gewissen Fällen das Kostmaß zu beschränken.

Voraussetzung für einen guten Gang der diätetischen Therapie ist ein ordentliches Gebiß. Daher müssen die Zähne vor Beginn der Kur instandgesetzt werden, denn: „gut gekaut ist halb verdaut."

Ebenso wichtig ist die Belehrung der Patienten über rationelle Ernährung. Gewöhnlich haben die Kranken zu Beginn der Behandlung bereits einige Vorstellungen davon, aber meist solche, denen wir uns nicht anschließen können. Wegen ihrer „Hin-



fälligkeit" und „Mattigkeit" greifen die einen zu „Stärkungsmitteln", zu den zahllosen Nährpräparaten, die sie in der Presse täglich als „Mittel gegen Tuberkulose" empfohlen finden. Die Suggestivkraft solcher Anpreisungen wirkt manchmal mehr als unsere Beteuerungen von der Überflüssigkeit solcher Mittel. Andere wieder sehen ihr Heil in einem übertriebenem Fleischgenuß, ja sie perhorreszieren alle andere Nahrung außer Fleisch, Fleisch in großen Massen. Die größten Fleischesser trifft man wieder in den Lungenheilanstalten. Jedem Neuankommenden wird dort bald von den älteren Anstaltsinsassen die nötige Belehrung zu Teil, dass das Übrige „nicht nahrhaft" sei. Früher ist wohl auch seitens der Anstalten der reichliche Fleischgenuß zu sehr betont worden; ja Moeller verlangt noch in der letzten Zeit für Kranke in Volksheilstätten 650 g Fleisch pro Tag (in rohem Zustand). Das wäre bei den heutigen Fleischpreisen ein Aufwand von ca. 1,40 M. pro Tag für unzubereitetes Fleisch allein, in Arbeiterkreisen!

Außer dem Fleisch erfreut sich auch der Alkohol noch immer einer besonderen Vorliebe bei den Kranken: „er stärkt doch!" Vor allem wird Ungarweinen und Kognak diese Wirkung beigelegt. Der Arzt muß dann eben erklären (denn fast immer fragt der Kranke, wie es denn mit Weingenuß stehe), daß Wein und Spirituosen keine Nahrungsmittel, sondern nur von geringem Nährwert sind und daß größere Mengen eher einen schädlichen Einfluß haben. Von Bieren sind Malz-, Karamel-, Kraftbier, die eine größere Menge Kohlehydrate enthalten und damit einen gewissen Nährwert, zu empfehlen. Sonst sind Bier oder Wein nur als Stomachika zu betrachten. Als solche bilden sie oft ein gutes Anregungsmittel bei Appetitlosigkeit.

Häufig hört man seine Lungenkranken über „einen schwachen Magen" klagen. Schmerzen an den Bauchdecken, hier „Magenschmerzen" genannt, und häufigeres Erbrechen sind dann gewöhnlich die Veranlassung, daß die Patienten alle feste Nahrung vermeiden und nur noch von Suppen leben; so kommen sie in kurzer Zeit bald ganz von Kräften. Dabei ist in den meisten Fällen an den Beschwerden der Kranken nur ein übermäßig starker Husten schuld. Der Magen funktioniert ganz gut, wenn wir ihm nachher sogar unsere gewaltige Überernährung zumuten.

Bezüglich der Speisen selbst weise man den Kranken darauf hin, daß die übliche gemischte Kost, die regelrechte Hausmannskost, das Richtige für ihn sei. Gutgenährten Kranken braucht man weitere Verordnungen nicht zu geben. Wer ist nun gut genährt? Gewöhnlich der, dessen Körpergewicht so hoch in Kilogramm ist, wie er Zentimeter über einen Meter mißt (Broca'sche Formel). Also bei einem Manne von 1,70 m Größe genügen 70,0 kg Körpergewicht; bei Frauen gelten noch 5,0 und mehr kg weniger als genügend. Denn das Gewicht mancher Patienten ist in gesunden Tagen bedeutend niedriger, wie nach der Formel gefordert werden müßte, und trotzdem muß man es bei ihnen als Normalgewicht ansehen. Erweisen sich Kranke trotz sachgemäßer Überernährung gegen Gewichtszunahmen absolut refraktär, so ist es zwecklos, die Mastkuren fortzusetzen. Denn im allgemeinen wollen wir mit der Überernährung nur entweder das alte Körpergewicht erhalten oder wenn es gesunken ist, es wieder auf die alte Höhe bringen.

Um das bei der ambulanten Therapie in allen, auch in den ein-



fachsten Verhältnissen, zu erreichen, ist es durchaus notwendig, den Kranken über den Wert der einzelnen Nahrungsmittel zu unterrichten. Die Nahrung soll, wie sonst aus Eiweiß, Fetten Kohlehydraten und Salzen bestehen. Der Fleischgenuß kann durchaus auf 100 g zu Mittag und 100 g, geteilt zwischen Frühstück und Abendbrot, eingeschränkt werden, ja in schlechten Verhältnissen kann man noch mit weniger auskommen, wenn man statt des animalischen mehr vegetabilisches Eiweiß verwendet. — Fleischmengen, wie nach obiger Mitteilung andere sie fordern, ca. $1^1/_4$ Pfund den Tag, sind erstens vielfach zu teuer, dann oft nicht zuträglich und zuletzt auch sonst zwecklos, weil eine Eiweißmast gar keinen großen Nutzen hat. Gewiß läßt sie sich, so lange es sich um unterernährte Kranke handelt, erreichen, aber sobald der Patient wieder auf die normale Kost, die seinem natürlichen Umsatze entspricht gesetzt wird, geht die eingesparte Stickstoffmenge zumeist wieder verloren. Denn der Organismus hat das Bestreben, sich mit dem Nahrungseiweiß bzgl. seines Umsatzes ins Stickstoffgleichgewicht zu setzen. Daher die Gewichtsstürze bei vielen Patienten nach der Entlassung aus der übermäßig fleischreichen Kost der Heilanstalten. Ich bevorzuge zu Überernährungskuren Fette und vor allem Kohlehydrate. Mit ihnen läßt sich viel billiger, unschädlicher und auch auf die Dauer eine Mast erzielen. Also vor allem reichlich Brot, viel Hülsenfrüchte, wie gelbe und grüne Erbsen, weiße Bohnen, Linsen, Reis, Hafer-, Gersten-, Buchweizen-Grütze, auch Kartoffeln, Makkaroni, Nudeln usw. Käse ist auch ein wertvolles Nahrungsmittel, auch Eier, die aber den Nachteil haben, zeitweilig sehr hoch im Preise zu stehen. Gemüse soll als Beilage mit den Hülsenfrüchten abwechseln: sein derzeitiger hoher Preis wird das allerdings vielfach erschweren. Statt des Fleisches sollte dort, wo gespart werden muß, öfter der viel billigere Fisch gegeben werden. Wenn ich den Kostenpunkt hier so sehr in den Vordergrund stelle, so geschieht das, weil er wirklich Berücksichtigung verdient. Lange Zeit krank und behandlungsbedürftig sein kostet Geld. Die Kranken sollen sich deshalb bei Zeiten einrichten, um nicht in Sorge über die Fortführung der Kur zu kommen.

Der Wert der eben empfohlenen Nahrungsmittel wird im Publikum zumeist unterschätzt. Man zieht gewöhnlich die viel teureren Surrogate, man zieht den Alkohol vor, weil man ihn für einen viel größeren Kräftespender hält als Brot oder Erbsensuppe.

Hat man so die Kranken über die zweckmäßige Zusammensetzung der täglichen Kost aufgeklärt, dann handelt es sich darum die Nahrungsmenge für die einzelnen Mahlzeiten festzusetzen. Die Zahl der Mahlzeiten braucht bei dem normal genährten Patienten nur 5 zu betragen: 1. Frühstück, 2. Frühstück, Mittag-, Nachmittag-, Abendbrot. Die Zeiten müssen sich bei den arbeitenden Kranken nach der Berufstätigkeit richten, sonst sind sie gewöhnlich: 8, 10, 1, $4^1/_2$ und $7^1/_2$ Uhr.

Auf die Zubereitung der Speisen soll ein besonderer Wert gelegt werden. Bezüglich der Gewürze ist dem gewohnten Geschmack des Kranken Rechnung zu tragen.

Zu den einzelnen Mahlzeiten und an den verschiedenen Tagen ist nach Möglichkeit für reichliche Abwechselung zu sorgen. So gibt man die Hülsenfrüchte einmal als Püree, dann wieder als



Suppe, dann dickgekocht, heute den Reis mit Vanillensauce, das nächste Mal mit Zucker und Zimmt, dann wieder mit Kirschen usw. Irgend eine besondere Diät soll bei normal funktionierendem Magen und Darm nicht gegeben werden, um, wie schon betont, keine besondere Belastung bezügl. des Bereitens der Speisen und bezügl. der Kosten zu verursachen.

K o m p o t t lasse ich gerne mit Nachspeisen in Form von Mondamin- oder Reisaufläufen, roter Grütze usw. abwechseln. S u p p e n werden am besten zu dem Fleischgang aus Tassen getrunken, um, vorhergenossen, nicht zu sehr zu sättigen. Sie sind möglichst mit Einlagen zu verabreichen (Nudeln, Gries, Reis, Graupen, Sago, Makkaroni); die Schleimsuppen (Hafer-, Gersten-, Weizen-, Roggenmehl) sollen dicker wie sonst üblich gekocht werden.

Auch am Abend soll für reichliche Abwechselung gesorgt werden, so: Wurst, Schinken, kaltes Fleisch als Belag, verschiedene Käse, Eier in allen Formen, Räucherwaren, saure Heringe, warme Würste, Fleischsalate, Sülzfleisch, Eierkuchen usw.

Zur genauen Kontrolle des Körpergewichts sind r e g e l m ä ß i g e W ä g u n g e n notwendig. Wo sich bei unterernährten Kranken keine Gewichtszunahme ergibt, müssen wir zu besonderen Formen der Ernährung, zur Ü b e r e r n ä h r u n g unsre Zuflucht nehmen. Ein altes, bewährtes Mastmittel ist die M i l c h; bis zu einem Liter den Tag lasse ich gern genießen. Mehr Milchkonsum verhindert oft die genügende Aufnahme anderer Speisen. Erreicht man durch Milch allein die nötige Gewichtsvermehrung nicht, kommt M i l c h mit S a h n e in Betracht, von jedem $^1/_2$ Liter, miteinander gemischt. Diese Kombination verwende ich seit Jahren mit ausgezeichnetem Erfolg. Wo sie obstipierend wirkt, muß eine entsprechende Regelung der übrigen Diät ausgleichend wirken. Häufiger sieht man allerdings Durchfälle danach. Als Gegenmittel ist doppeltkohlensaures Natron, 1 Teelöffel in einem Glas Wasser gelöst, vor dem Milchgenuß, angezeigt. Milch mit Sahne soll $^1/_2$—1 Stunde n a c h den Mahlzeiten genossen werden.

Manche Kranken trinken sich die Milch wie die Sahne bald über, manche vertragen, manche mögen sie nicht. In solchen Fällen kann man sich mit K e f y r helfen, den sich die Patienten mit Kefyrtabletten bequem selbst bereiten können (in Bier- oder Selterflaschen mit Patentverschluß, die mit Milch gefüllt sind, wird je eine Tablette getan, die Flasche in die Nähe des Ofens gestellt und gelegentlich geschüttelt). Der Vorgang bei der Kefyrbereitung ist folgender: der Milchzucker wird durch den Gärungsprozeß teils in Milchsäure, teils in andere Zuckerarten (Galaktose, Dextrose) aufgespalten. Diese werden weiter zu Kohlensäure und in kleinerem Umfange zu Alkohol vergoren. Die Milchsäure fällt das Milcheiweiß, das Kasein, in sehr feinen Flocken aus, unter teilweiser Umwandlung in leichter verdauliche Eiweißkörper wie Hemialbumose, Propepton, Azidalbumin usw. Kefyrmilch ist deshalb leichter verdaulich und besser ausnutzbar als gewöhnliche Milch. Kefyr hat einen angenehmen, säuerlichen Geschmack und ein gewisses, sympathisches Mousseux. Man hat dem Kefyr früher spezifische Eigenschaften gegen Tuberkulose nachgerühmt. Die fehlen ihm. Aber ein ausgezeichnetes diätetisches Getränk ist er noch heute. Gewöhnlich benutzt man den neutralen



zweitägigen Kefyr; eintägiger führt etwas ab, dreitägiger stopft in geringem Maße.

Statt des Kefyrs kann man sich auch des Yoghurts bedienen. Er ist wie der Kefyr eine Sauermilch, mit dem Unterschied, daß die Eiweiß- und Mineralstoffe in noch mehr lösliche Formen übergeführt sind, also auch die Ausnutzbarkeit noch gesteigert ist. Alkohol wird bei der Zersetzung des Milchzuckers durch den Yoghurtbazillus viel weniger wie bei Kefyr, nur in Spuren, gebildet. Yoghurt enthält mehrere Bakterienarten; die in größeren Massen erfolgende Bildung von Milchsäurebazillen wird gewöhnlich dem Bazillus bulgarikus zugeschrieben. Yoghurt ist wie Kefyr ein ausgezeichnetes diätetisches Getränk; aber bezügl. der Wirksamkeit des Yoghurts ist sehr viel in den Reklamen der solche Präparate darstellenden Firmen übertrieben worden. Lebenverlängernd und gesundheitschützend ist Yoghurt ebensowenig wie seine desinfizierende Wirkung auf den Darm einen so erheblichen Einfluß hat. Bei gewissen Krankheitszuständen wie Subazidität des Magensaftes, Achylia gastrica, auch bei Darmstörungen ist Yoghurt ein sehr brauchbares Nährmittel, besonders wenn es aus dem Pilz selbst dargestellt wird oder mit Hilfe Überimpfung von Milch, die mit Pilzen zubereitet wurde. Mit den käuflichen Präparaten soll sich häufig nicht ein typischer Yoghurt, sondern nur eine gewöhnliche Sauermilch bereiten lassen. Hat man keinen Pilz, wird man aber doch den Versuch mit den Tabletten wie Laktobazilline, oder Maya-Yoghurt oder Maya-Mühlrad machen müssen. Zur Herstellung läßt man die Milch einige Minuten aufkochen, kühlt sie auf 40° C ab und versetzt sie mit Pilz, Pulver, Tablette oder impft mit alter Yoghurt-Milch; dann stehen lassen in einer Thermosflasche oder Kochkiste (um das Temperaturoptimum für die Entwicklung des Pilzes konstant zu erhalten) 10—12 Stunden, tüchtig abkühlen und genießen lassen.

Wo mit Kefyr- oder Yoghurt-Pilzen behandelte Milch abgelehnt wird, aber eine Gewichtszunahme erreicht werden soll, hat sich mir Kufeke-Mehl gut bewährt, besonders dort, wo Neigung zu Diarrhöen vorhanden ist. Im Kufeke-Kochbuch finden sich zahlreiche Rezepte, wie es als Mastmittel und diätetisches Getränk verwendet werden kann.

Sonst können als Ersatz der Milch auch Suppen von Roggen- oder Weizenmehl verordnet werden, die ich bei unterernährten Kranken sogar regelmäßig der Kost zulege und zwar entweder eine Stunde vor dem ersten Frühstück oder an seiner Stelle genommen. Ebenso lasse ich zu Mastzwecken gerne nach der Abendmahlzeit ($1^1/_2$ bis 2 Stunden später) Gries-, Reis- oder Grützebrei mit Milch oder Fruchtsaft genießen.

Man wird einwenden, wie können diese Mengen von Lungenkranken, die doch notorisch schlechte Esser sind, denen zumeist der Appetit fehlt, aufgenommen werden? Gewiß, zu Beginn der Behandlung schaudert's den Kranken manchmal, wenn er hört, was er alles essen soll; aber durch die Regelmäßigkeit der Essenszeiten, sorgsame Zubereitung, appetitliches Servieren der Speisen, durch den Aufenthalt im Freien, den angemessenen Wechsel zwischen Ruhe und Bewegung vor allem durch das Fehlen jeglicher Ermüdung, wenn der Kranke sich zu den Mahlzeiten setzt, tritt meist in kurzer Zeit ein Wechsel ein. Statt einer Gewichtsabnahme sehen wir schon in den



ersten 8 Tagen oft nicht nur ein Sistieren des Gewichtsabfalls, sondern sogar Zunahmen von 5 Pfund, bei notorisch schlechten Essern.

Andere Mastmittel, die früher in der Tuberkulosetherapie gang und gäbe waren, wie z. B. Lebertran, verordne ich nicht mehr, weil sie sich mir als überflüssig erwiesen haben. Eine große Rolle spielt bei Überernährungskuren das Temperament des Kranken; phlegmatische Patienten erzielen zumeist in kurzer Zeit bedeutende Zunahmen, während lebhafte, leicht erregbare Kranke viel schwieriger überzuernähren sind. Die persönliche Geschicklichkeit und die pädagogische Fähigkeit des Arztes wirken in diesen Fällen vielfach mehr wie Medikamente; über sie das Nähere bei der symptomatischen Therapie.

Nach dieser Darstellung versteht es sich von selbst, daß der Arzt sich in bezug auf Diätetik nicht mit dem Rat begnügen darf: „Essen und trinken Sie gut und reichlich", sondern man muß genau vorschreiben, was und wieviel unterernährte Kranke zu sich nehmen müssen, ungefähr in der Form:

Früh 7 Uhr: eine Roggenmehlsuppe (1 Eßlöffel Mehl auf $2^1/_2$ Tassen Wasser, gut verrühren und aufkochen mit einem nußgroßen Stück Butter und etwas Salz.
„ 8 „ Kaffee oder Kakao, 2 Buttersemmeln oder -Brote, $^1/_2$ Stunde später $^1/_4$ Liter Milch mit Sahne.
„ 10 „ 2 Butterbrote, Belag, Käse, Ei, Obst; $^1/_2$ Stunde später Milch usw.
mittags 1 „ ca. 100,0 g Fleisch, dazu Kartoffeln und Sauce, als Beilagen oft Hülsenfrüchte und Gemüse, event. 1 Glas Bier. Nachspeisen.
nachmitt. $4^1/_2$ Uhr: wie 8 Uhr.
„ 7 „ 3 Butterbrote mit Belag (Käse, Eier, Räucherwaren) oder Fleischsalate, warme Würstchen, usw. 1 Glas Bier; $^1/_2$ Stunde später Milch mit Sahne.
„ 9 „ 1 Teller voll Reis-, Gries- oder Grützebrei mit Frucht oder Vanillensauce oder Milch.

Als Bier hat sich mir das Köstritzer Schwarzbier bewährt. Es hat bei geringem Alkoholgehalt einen hohen Nährwert und wirkt durch seinen Geschmack appetitanregend.

Es könnte überflüssig erscheinen, das alles so detailliert zu besprechen; aber nach meinen Erfahrungen ist es durchaus notwendig, denn manche Mißerfolge von anderer Seite sind oft auf nicht genügende Berücksichtigung der Diätetik zurückzuführen. Übrigens ist auch die Suggestion hier ein bedeutsamer Faktor: der Kranke sieht auf seiner Kurvorschrift was zu seiner Genesung notwendig ist, der Arzt sagt ihm, daß es ohne das nicht geht, und nun setzt er alles daran, es auszuführen und kann es auch, weil er will.

Je nach der Hebung des Körpergewichts wird nun die Kurvorschrift in bezug auf das Speisequantum verändert, zuerst die Sahne weggelassen, dann die 9 Uhr-Mahlzeit, und dann bezügl. der Speisenmenge dem Kranken allmählich freie Hand gelassen.

Im Anschluß daran sollen zwei Beispiele folgen, die die Art der Verordnungen und des Nachlasses derselben erläutern sollen, zugleich mit Angaben über die erzielten Gewichtszunahmen.

1. Werner B., stud. phil., 21 Jahre alt. Seit einigen Wochen mit Husten und Auswurf erkrankt; bisher nicht als Tuberkulose erkannt. Subjektive Beschwerden: Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Husten, Auswurf. Objektiv: spärlicher Katarrh über der rechten Spitze, die leicht verkürzt ist, mit etwas verschärftem Atmen und verlängertem Expirium dort, kleinblasiger Katarrh R. H. U. Im Auswurf (15 ccm schleimig-eitrig) keine T. B. Temperatur, in der Sprechstunde gemessen: 38,3° C. Gewicht: $133^1/_2$ Pfd.

Verordnung vom 4. 11. 11: Bettruhe. 7 Uhr Mehlsuppe, täglich $^1/_2$ Liter Sahne



und $^1/_2$ Liter Milch, 9 Uhr Gries- oder Reisbrei (abends), täglich 2 Fl. Köstritzer Schwarzbier. Sonst 5 Mahlzeiten wie im erwähnten Schema. 3 stündlich zimmerwarme Brustpackung, nachts liegen lassen. Acid. mur. pur. 3 mal täglich 10 Tropfen $^1/_4$ Stunde vor den Hauptmahlzeiten.

Verordnung vom 11. 11. 11: fieberfrei (Temperaturen in den ersten Tagen bis 39,7° C). Dasselbe, nur von 9—$^1/_2$11 Liegekur außerhalb des Betts.

Verordnung vom 17. 11. 11: von 8—9 früh im Zimmer umhergehen, sonst von früh bis 7 Uhr abends Liegekur.

Verordnung vom 25. 11. 11: Kommt jetzt in die Sprechstunde. Wird von nun ab mit Tuberkulol behandelt. Gewicht: 147 Pfund d. h. der bis dahin immer weiter abnehmende Pat. hat jetzt in 3 Wochen trotz anfänglichen Fiebers 13$^1/_2$ Pfund zugenommen. 1 Stunde draußen gehen, Brustumschlag nur noch nachts, sonst dieselbe Verordg.

Verordnung vom 10. 12. 11: 2 mal eine Stunde gehen; sonst idem.

Verordnung vom 2. 1. 12: Gewicht: 157 Pfund (also + 23$^1/_2$), 9—10 ins Kolleg gehen, dann 1 Stunde spazieren gehen. Liegekur noch $^1/_2$ Stunde vor Tisch und 2 Stunden nach Tisch. Acid. mur. weggelassen, Brustpackung weggelassen.

Verordnung vom 5. 4. 12: Gewicht 160 Pfund, Mittagsschlaf, Abreibung, sonst Teilnahme am Studentenleben. Täglich 1 Zigarre. Sonst wie Gesunde leben; die Tuberkulolbehandlung wird fortgesetzt.

Der Auswurf hat sich bei dem Kranken vollständig verloren. Subjektive Beschwerden fehlen ganz, objektiv kein Katarrh mehr nachweisbar.

Die hygienisch-diätetische Behandlung bei Bettlägerigen.

Im Anschluß an diesen Fall, der wie der folgende die Behandlung bettlägeriger Kranker illustrieren kann, möchte ich kurz über die Besonderheiten sprechen, die die hygienisch-diätetische Therapie hier von der bei ambulanten Kranken üblichen unterscheidet. Naturgemäß tritt an die Stelle der Liegekur Bettruhe, die Packungen werden ohne wasserdichten Stoff, 2—3 stündlich gemacht, sonst bei geöffneten Fenstern, unter nicht zu dicken Bedeckungen, gelegen. Die Temperatur im Krankenzimmer soll nicht über 15° C betragen. Bezüglich des Essenquantums hat der besserungsfähige Bettlägerige dieselben Verpflichtungen zu erfüllen wie der umhergehende Kranke. Phthisen im Terminalstadium wird man mit all diesen Verordnungen nicht mehr quälen; hier wird man eher geneigt sein Nährmittel und Medikamente zu benutzen, über die bei der symptomatischen Therapie gesprochen werden soll.

Die Behandlung lange Zeit fiebernder bettlägeriger Kranker stellt manchmal an die Geduld des Arztes große Anforderungen. Es dauert zuweilen monatelang, ehe manche Kranke das Bett verlassen. Desto größer ist dann aber die Freude, auch solche Fälle noch der Besserung zugeführt zu haben.

Nachfolgend noch ein Beispiel, um die Kurvorschriften zu illustrieren:

Willy W., Kaufmann, 19 Jahre alt, Beginn der Behandlung 27. 5. 11. In der Familie keine Tuberkulose; Husten und Auswurf seit 4 Wochen. Appetit gering, sonst keine subjektiven Beschwerden.

Objektiv: Bis I. Rippe und oberhalb Scapula R. mäßig knisternde Rhonchi. Schallverkürzung. Auswurf: schleimig-eitrig, enthält reichlich Tuberkelbazillen.

Es handelt sich um eine frischere Tuberkulose mit leicht fieberhaften Temperaturen (37,8° C). Gewicht: 123 Pfund bei 172 cm Größe.

Verordnung vom 27. 5.: Bettruhe, nachts Brustpackung, täglich $^1/_2$ Liter Sahne und $^1/_2$ Liter Milch, sonst normale Kost.

Verordnung vom 7. 7.: Temperatur normal. Gewicht 125 Pfund. Liegekur den ganzen Tag, früh Mehlsuppe, Sahne wie früher, Milch $^1/_2$ Liter mehr, Salzsäure 3 mal täglich 10 Tropfen. (Brustpackung, Abreibung wie früher.)

18. 7.: Gewicht dasselbe; früh von 9—10 Uhr eine Stunde gehen, da die Temperatur jetzt dauernd normal ist. Sonst idem.



9. 8.: Gewicht 127½ Pfund, also trotz der wiederholten Zulagen in 6 Wochen erst 4½ Pfund Gewichtszunahme, auch nachmittags (5—6) 1 Stunde gehen. Sonst dasselbe.

7. 9.: Gewicht 130½ Pfd. Salzsäure weglassen, desgl. Brustpackung.

12. 10.: Gewicht 135 Pfd. Verordnung: Liegekur von 10—4 Uhr. Spaziergang von 9—10 und 4—5½ Uhr; sonst idem.

25. 10.: Akute fieberhafte Otitis media, die am 10. 11. geheilt ist. Gewicht 131 Pfund.

18. 12.: Gewicht 137 Pfund. Verordnung. Sahne und Milch weglassen, ebenso die Liegekur am Vormittag. Also noch: Mehlsuppe, Abreibung, Liegekur von 1—4 Uhr. Tuberkelbazillen spärlich.

19. 1. 12: Gewicht 139 Pfund. T. B. O.
11. 2. 12: ,, 141 ,,
1. 3. 12: ,, 143 ,,

Der Auswurf hat sich jetzt ganz verloren, der objektive Befund sich insofern erheblich gebessert, als die katarrhalischen Geräusche um 75% abgenommen haben. Der Kranke geht seit 1. 3. in vollstem Wohlbefinden wieder seinem Berufe nach. Die Tuberkulolkur, die gleich nach der Entfieberung begonnen wurde, wird fortgesetzt, in Zwischenräumen von 14 Tagen.

Damit möchte ich schließen. Ich halte nach wie vor das hygienisch-diätetische Heilverfahren, die klassische Methode Hermann Brehmers für die Grundlage der Tuberkulose-Behandlung, und ich möchte, wie durch meine tägliche Praxis, auch durch diese Zeilen dazu Veranlassung geben, diese Heilfaktoren in viel ausgedehnterem Maße, auch außerhalb der Anstalten, am Wohnort des Kranken in Anwendung zu bringen.

Referate und Besprechungen.

Innere Medizin.

Beach, Synthetische Studie über die Frühsymptome der Tuberkulose. (The St. Paul med. journ. 1912, H. 8.)

Für den Praktiker, der die Frühdiagnose mit den ihm zu Gebot stehenden Mitteln sehr wohl stellen kann, kommt es gar nicht so sehr darauf an, wie viele Symptome in einem beginnenden Falle da sein können, als vielmehr, was für Symptome und wie wenige ihn berechtigen, die Diagnose unter Kalkulation des ganzen klinischen und sonstigen Bildes zu stellen. Hier ist in erster Linie zu bedenken, daß der Nachweis von Tbc-Bazillen keineswegs eine beginnende, vielmehr eine vorgeschrittene Tbc bedeutet.

Sehr wichtig sind die warnenden Symptome; sie legen dem Praktiker eine gründliche Untersuchung des Thorax, gründliche Aufnahme, der Anamnese nahe. Sie können natürlich auch bei anderen krankhaften Zuständen vorkommen. Hierher gehören Kräfteverlust, oft das erste Symptom, wegen dessen ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird. Dies äußert sich oft in einer Änderung des Charakters, Verlust des Ehrgeizes, Indifferenz, Ruhelosigkeit, Reizbarkeit oder Melancholie. Tachykardie, sehr verdächtig, wenn gleichzeitig niederer Blutdruck (die Patienten kommen eigentlich, weil sie einen Herzfehler befürchten). Dyspnoe nach Anstrengnug ist im vorgerückten Stadium ausgesprochener als im Vorstadium. Digestive Störungen: Anorexie, kapriziöser Appetit. Appetitverlust, Indigestion, Diarrhoe und Temperaturanstieg werden oft irrtümlich als Typhus behandelt und damit wertvolle Zeit verloren. Wichtig: Gewichtsabnahme. Bei jungen Mädchen unregelmäßige oder ausbleibende Menstruation, Nacht- oder Schlafschweiße, Thoraxschmerzen, Anämie, Heiserkeit, früher vergrößerte Zervikaldrüsen, häufige Erkältungen, Husten, leicht und ohne Auswurf, dauernd leichter Temperaturanstieg nament-



lich mit subnormaler Temperatur morgens und Penzoldts Reaktion ist sehr bedeutungsvoll. Vermehrte Bedeutung erhält irgend eines dieser Symptome, wenn ein längeres intimes Ausgesetztsein der Tuberkulose event. Jahre lang vorher stattfand.

Diagnostische Symptome. Hämoptyse erfordert immer auch bei leichten physikalischen Zeichen und abwesenden Symptomen eine meist positive Resultate ergebende eingehende Untersuchung. Pleuritis charakterisiert oft den Anfang einer Tuberkulose und ist von ungewöhnlichem Wert, nicht nur weil sie die wahrscheinliche Existenz einer Lungenerkrankung anzeigt, sondern auch der Schmerzen und der Dyspnoe wegen, die den Kranken zum Arzt treiben. Von den bekannten physikalischen Zeichen ist eines allein allerdings kein Beweis für Tuberkulose, wohl aber sind mehrere bei verschiedenen aufeinanderfolgenden Untersuchungen oder gleichzeitig mit anderen Symptomen auftretend oder mit markanten Daten von äußerster Wichtigkeit. Rasseln gilt nur dann als nicht vorhanden, wenn es fehlt, nachdem Patient ausgeatmet hat, am Ende der Ausatmung hustet und dann einen vollen, tiefen, ganz kurzen Atemzug durch den Mund tut. Weitere Hilfsmittel: Tuberkulinprobe und Xstrahlen. v. Schnizer-Höxter.

Dietz, Tuberkulosebekämpfung im Mittelstand. **(Sonderdruck aus den Verhandlungen der 16. Generalversammlung des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, am 14. Juni 1912.)**

Am 5. Januar ds. Js. hat im Reichsamt des Inneren eine Besprechung stattgefunden, darüber, in welcher Weise die Bekämpfung der Tuberkulose im Mittelstand durchgeführt werden könne. Das Ergebnis dieser Besprechung war, daß es sich um ein Selbsthilfewerk handeln müsse, an dem der ganze Mittelstand einmütig, unter Außerachtlassung aller Sonderbestrebungen mitzuwirken habe.

In erster Linie seien hierzu berufen: Fürsorgevereine und Wohlfahrtsanstalten, der Verband deutscher Lebensversicherungsanstalten, die kaufmännischen, gewerblichen und industriellen Vereine, die Innungen, landwirtschaftliche Lehrer- und Beamtenverbände, Frauenverbände usw.

Bereits am 25. Januar des Jahres konnte eine neue Abteilung des Volksheilstättenvereins vom Roten Kreuz mit der Bezeichnung „Mittelstandsheime" gegründet werden.

Über einzelne Ansätze ist bisher die Behandlung von Tuberkulösen des Mittelstandes in Heilstätten nicht hinausgekommen. Vielmehr sind diese in der Regel den Versicherten vorbehalten geblieben. — Zu dem Mittelstand, auf den es hier ankommt, rechnet Dietz alle diejenigen Personen, welche nicht in der Lage sind, teure Privatsanatorien aufzusuchen. Es gehören also hierher nicht nur untere und mittlere Staats- und Gemeindebeamte, kaufmännische, technische und industrielle Angestellte, mit kleinem oder mittlerem Einkommen, kleine Handwerksmeister, Kaufleute, Landwirte, ferner auch die große Menge akademisch gebildeter Personen, also Juristen, Geistliche, Lehrer, Ärzte, teilweise auch wohl Offiziere, die nicht über Privatvermögen verfügen.

Eine zuverlässige Unterlage darüber, inwieweit dieser Mittelstand mit Tuberkulose belastet ist, läßt sich nicht feststellen. Ein ziemlich erheblicher Teil der oben angeführten Personen wird in Zukunft ausscheiden, weil die Reichs-Versicherungs-Anstalt auf Grund des Gesetzes für Privatangestellte einer großen Reihe gefährteter Personen des Mittelstandes ein Heilverfahren zuteil werden lassen wird.

Will man nun die Frage erörtern, in welcher Weise für den übrig bleibenden Mittelstand am besten die Heilstättenbehandlung durchgeführt wird, so ist zunächst die Vorfrage zu erledigen, ob überhaupt die Heilstättenbehandlung wünschenswert zur Bekämpfung der Tuberkulose erscheint. Diese Frage wird von dem Verfasser in zustimmendem Sinne beantwortet, und er wendet sich nunmehr der Frage zu, ob die vorhandenen Heilstätten zur Aufnahme dieser Mittelstandskranken genügen, oder ob neue Heilstätten zu gründen seien.



Zu diesem Zweck hat Dietz eine Rundfrage erlassen bei sämtlichen Heilstätten, welche ergeben hat, daß im Jahre 1911 in 49 Heilstätten keine, in 24 dagegen während des ganzen Jahres 224 Betten leer gestanden haben. Ein gewisser Rückgang ist unverkennbar. Dieser findet nach Dietz seine sehr erfreuliche Erklärung darin, daß die Tuberkulose überhaupt im Zurückgehen begriffen ist.

An der ihm unterstehenden Landes-Versicherungs-Anstalt für das Großherzogtum Hessen sind in dem laufenden Halbjahr allein 74 Tuberkuloseheilverfahrenanträge weniger eingegangen, wie im vorhergehenden Jahre. — Unter Berücksichtigung dieses und verschiedener anderer Punkte spricht sich der Verfasser dahin aus, daß er zwar kein grundsätzlicher Gegner der Errichtung weiterer Heilstätten sei, vielmehr, falls sich ein Bedürfnis dafür ergebe, und die Mittel vorhanden seien, sich mit ihrer Einrichtung einverstanden erklären würde, doch glaubt er, daß mit größter Vorsicht vorgegangen werden müsse.

Zunächst würde wohl am besten der Versuch gemacht, einzelne der vorhandenen Volksheilstätten ganz oder teilweise Lungenkranken aus dem Mittelstande vorzubehalten und soweit erforderlich, entsprechend herzurichten.

Außerdem wäre anzustreben, daß in den vorhandenen Privatheilstätten Betten für Personen aus dem Mittelstand zu einem mäßigen Preis zur Verfügung gestellt würden.

Das größte Gewicht legt er darauf, Unterstützungsfonds und Fonds für Freibetten zu gründen und es müßte hier ein Weg gefunden werden, daß die Unterstützungen möglichst in einer Form gegeben werden, die das Gefühl unterstützt zu werden gar nicht aufkommen läßt. — R.

Zander, Paul (Charlottenburg), Lungenentzündung und Unfall. (Med. Klinik 1911, Nr. 9.)

Ein Arbeiter erlitt am 27. Jan. 1908 dadurch einen Unfall, daß ihm eine Türe gegen den Kopf fiel. Es sei gleich hier bemerkt, daß spätere nachträgliche und umfangreiche Beweiserhebungen es als ganz zweifellos ergaben, daß die Angaben des Verletzten, er sei von der Türe derartig getroffen worden, daß er mit der Brust gegen einen eisernen Ofen gefallen sei, unrichtig waren, und daß es sich bei dem Unfalle um ein Ereignis von ganz unerheblicher Bedeutung behandelt hatte, indem die aus der oberen Laufschiene herausfallende Türe den Verletzten am Kopf traf, ohne daß Spuren einer Verletzung zu sehen waren, daß seine Brust überhaupt nicht verletzt wurde und daß er nicht bewußtlos gewesen ist. — Am 3. Februar erkrankte er an Lungenentzündung und nach Überstehen dieser klagte er über allerhand nervöse Erscheinungen. Ein Arzt (Zander) hatte den ursächlichen Zusammenhang zwischen Lungenentzündung abgelehnt, ein anderer ihn anerkannt. Es wurde noch Prof. Sch. gehört, der zwar das Vorhandensein von einzelnen nervösen Beschwerden bei dem Verletzten feststellte, die er für Folgen der überstandenen fieberhaften Erkrankung (Lungenentzündung) hielt. Einen Zusammenhang zwischen dieser und dem Unfalle, nach welchem der Verletzte übrigens noch 3 Tage gearbeitet hatte, erkannte auch Prof. Sch. nicht an, nachdem die oben erwähnten Feststellungen über die Art und Weise des Unfallereignisses gemacht waren. Dieser Auffassung traten Schiedsgericht und später R. V. A. bei. R. Stüve-Osnabrück.

Rochester, Constipation. (The american journal of the medical sciences 1912, H. 7.)

An der Hand einiger Fälle gibt Verfasser dem Praktiker wertvolle therapeutische Winke. Zunächst handelte es sich um 2 Jungen von 6 und 8 Jahren, künstlich und schlecht genährt, nach Angaben der Mutter von „Natur verstopft“. Wirkliche Ursache: keine anatomische Mißbildung, die sehr selten, sondern Vernachlässigung der Gewohnheit regelmäßiger Entleerung und falscher Ernährung. Verbot aller Laxantien, falls zu bestimmter Zeit Stuhl ohne große Anstrengung nicht erfolgt, Seifenwassereinlauf: schon nach wenigen Tagen regulärer Stuhl. Nahrung: solche die genügend



Residuen bildete, Vegetabilien (für Peristaltik von Wert) und genügend Wassereinnahme, hauptsächlich während der Mahlzeiten.

Dann eine 35 Jahre alte Frau, anämisch, appetitlos, welche lange Zeit nur durch Hügelmassage Stuhl erlangte. Bei ihr lag hauptsächlich Mangel an motorischer Kraft und flüssiger Sekretion vor, daher ein trockener Stuhl mit wenig Schleim. Einzige Abnormität bei physikalischer Untersuchung: ausgesprochene Empfindlichkeit, aber keine Muskelresistenz in der rechten regio iliaca. Ursache: lokale Stase, infolgedessen Kongestion und Empfindlichkeit des Caput coli, wahrscheinlich auch Kongestion und chronische katarrhalische Entzündung des Appendix, infolge mangelnder Flüssigkeit im Kolon, deshalb ungenügende Menge Stuhl um Peristaltik anzuregen. Nach verschiedenen medikamentösen Versuchen Erfolg mit: ziemlicher Menge alkalischen Wassers zwischen Mahlzeiten und hauptsächlich vegetabiler Ernährung, Agar mit geringer Dosis Cascara sagrada, 2 mal täglich 2 Teelöffel voll in Nahrung, allmählich reduziert. Beibehaltung der Diät über 8 Monate, dann Besserung der Anämie und Beseitigung aller Beschwerden.

Bei jeder chronischen Konstipation ist sorgfältige Untersuchung des Rektums Grundbedingung. Gewöhnlich findet man bei solchen Kranken, die nicht wegen der Konstipation kommen, sondern im wesentlichen über die Folgen der Intoxikation — die Konstipation wird nebenbei gefunden — und diese auf andere Teile des Körpers beziehen, anatomische Veränderungen, wie chronische Inbagination des Kolons ins Rektum, Vergrößerung und Kalzifikation der rektalen Klappen, Uterusverlagerung, Prostatavergrößerung, Hämorrhoiden, Narbenstriktur, Druck eines Tumors auf Kolon oder Rektum, seltener intestinale Adhäsionen, Ptosis und deren Folgen (Röntgenstrahlen). Namentlich kommen hier die Verlagerungen des Kolons in Frage, wo oft nur operativer Eingriff, event. Massage, nie Medikamente helfen. Verfasser erwähnt 2 solcher Fälle, endlich einen Fall, bei dem die Reflex-Konstipation oft gehoben wurde nach Korrektion eines Brechungsfehlers der Augen. v. Schnizer-Höxter.

Vanderhof, Diarrhoe gastrischen Ursprungs: Diagnose und Behandlung. (The americ. journ. of the medical sciences. August 1912.)

Diarrhoe kann die direkte Folge sein mangelnder HCl-Produktion des Magens. Anazidität kommt vor 1. als rein funktionelle Störung, vorübergehend oder länger dauernd mit zurückgehaltener Fermentsekretion, 2. bei Achylia gastrica (dauernder Mangel aller gastrischen Sekretionen, 3. bei perniziöser Anämie und gewissen Stoffwechselstörungen, wie Diabetes und 4. bei Magenkarzinom. Verfasser hat nun in einer Serie von 500 Fällen, bei denen Mageninhaltsuntersuchungen vorgenommen wurden, 11 Fälle festgestellt, bei denen die Anazidität ohne jede organische Ursache bestand.

Bei Anazidität können nun Symptome fehlen, hauptsächlich gastrisch oder intestinal sein. Das klinische Bild ist klar und bestimmt, so daß nicht selten die Diagnose ohne Magenanalyse gestellt werden kann.

Führende Symptome: Diarrhoe meist früh morgens oder vormittags. Meist weckt früh zwischen 5 und 6 Uhr eine Diarrhoe den Patienten vom Schlaf; eine zweite erfolgt noch vor dem Frühstück und dann noch 1—3 mal im Laufe des Vormittags. Oder noch häufiger profuse Diarrhoen. Oft wechselt die Diarrhoe mit Konstipation ab, doch kann auch letztere event. durch adstringierende Medikamente bedingt sein. Der Charakter der Stühle: in der Regel flüssig mit makroskopischen Nahrungspartikeln, namentlich von Früchten und Vegetabilien, oder weich, gelb mit vielen Fettkristallen. Während der Exazerbation der Symptome können auch Schleim und Blut vorkommen. Ferner Flatulenz und peristaltische Unruhe, namentlich morgens, seltener kneifenden Bauchschmerzen. Reizbarkeit der Blase bis nach der Defäkation. Von Seiten des Magens keine Symptome, Appetit nicht alteriert, eventuell Abscheu vor Nahrungsaufnahme. Gelegentlich Nausea, in einem Falle die Symptome der Hyperchlorhydrie. Gewichtsverlust und Prostration kann vorkommen, auch sekundäre Anämie.

In fast allen Fällen findet man Indikanurie, häufig Muskelschmerzen



und leichte Arthritis. In solchen Fällen wirkt HCl so spezifisch, wie die Salizylate bei Gelenkrheumatismus.

Das Probefrühstück verschwindet so rasch aus dem Magen, daß es sich empfiehlt, die Sonde schon nach 40—45 Minuten einzuführen: grob geteilte Brotteilchen ohne jegliches Anzeichen einer Einwirkung des Verdauungssaftes, klare, dünne, farblose Flüssigkeit, ohne Schleim und Blut, seltener etwas Milchsäure.

Therapie: HCl in großen Dosen, nux vomica, Fleischbrühe vor den ziemlich gesalzenen Mahlzeiten, Buttermilch, eventuell Bekämpfung der Enteroptose und der Anämie. v. Schnizer-Höxter.

Motais (Angers), Wein, Apfelwein und Gicht. **(Académie de Médecine 1912, 2. Juli.)**

In Frankreich ist die Ansicht allgemein verbreitet, daß in Apfelwein trinkenden Gegenden Gicht selten sei. Zum Beweis dafür berichtet Motais von einem angesehenen Arzt, welcher seit 10 Jahren trotz sog. rationeller Diät und mäßigem Bordeauxgenuß von heftigen Gichtanfällen heimgesucht wurde. Er entschloß sich nunmehr, nur noch Apfelwein zu trinken, und sofort hörten die Anfälle auf. Nur während 4 Reisen innerhalb von fünf Jahren, wobei er wieder Bordeaux- bezw. Burgunder-Weine trank, stellten sich prompt wieder kleine Attacken ein. Also: Bordeaux- und Burgunderweine sind für Gesunde unschädlich, bei Prädisponierten führen sie zu Gicht. Reiner Apfelwein dagegen macht keine Gicht, unterdrückt sogar solche Anfälle. —

Hierzu möchte ich mir zwei Bemerkungen gestatten: Vor ca. 10 Jahren drückte mir ein Patient, ein französischer großer Weinhändler, sein Erstaunen aus, daß die deutschen Ärzte ihren Kranken Bordeaux verordneten. Tatsächlich wachse gar nicht so viel Bordeaux-Wein, und das Wenige, was gekeltert werde, wandere so ziemlich alles nach Paris in feste Hände. Da er selbst Weinberge im Garonne-Gebiet besaß, kann ihm Sachkenntnis nicht abgestritten werden, um so weniger als die Berichte über die Erträgnisse der dortigen Weinberge damit übereinstimmten. Reinen Burgunder, fügte er hinzu, bekomme man zwar auch nicht leicht, aber doch sei das nicht gerade ausgeschlossen.

Zum zweiten: Apfelwein, Most genannt, ist ein leichtes und erfrischendes Getränk, welches — wenn rein — in der Tat empfohlen werden kann. Allein soweit meine Erfahrungen reichen, hat sich auch dieses billige Getränk allerlei Verfälschungskünsten nicht zu entziehen vermocht. Was mir im Laufe der Jahre unter den verführerischsten Etiketten als reiner Apfelwein kredenzt wurde, hatte mit dem Naturprodukt auffallend wenig Ähnlichkeit, so daß man auch beim Verordnen des Apfelweins vorsichtig sein muß. Buttersack-Trier.

Wright, Complications of senile enlargement of the prostata. (Komplikationen seniler Prostatavergrößerung.) **(St. Paul med. journ. 1912, H. 7.)**

Prostatahypertrophie kommt vor bei 75% von Männern über 65 Jahre; bei 34% über 60 Jahre, wovon nur 15—16 überhaupt Symptome zeigen. Demnach ist das Leiden so lange harmlos bis Komplikationen auftreten. Diese letzteren entspringen 3 Quellen: 1. Infektion (aus Urethra, Nieren, auf Blut- oder Lymphweg, oder von einem benachbarten Eingeweide her), am häufigsten durch die Passage eines Instruments (Katheters). 2. Hämaturie: durch Prostatasypertrophie häufiger, als durch eine andere Ursache; oft weil lebensgefährlich, direkten Eingriff heischend. Allgemeine Ursache: Arteriosklerose; spezielle: Überessen, Anstrengung, Indiskretionen, die den Blutdruck erhöhen. Diagnose: Zystoskop. 3. Komplette oder inkomplette Harnretention. Chronische inkomplette Retention entwickelt sich sehr langsam und verursacht so wenig Störungen, daß sie oft übersehen werden kann. Ursache: partielle Obstruktion des Blasenhalses und Veränderungen in Größe und Form der Blase. Weitere Folge Uretherdilatation: keine Symptome konstitutioneller Störung, aber früher oder später Symptome chronischer Niereninsuffizienz. Die Urämie einer chronischen inkompletten



Retention manifestiert sich in fast allen Fällen in einer ursächlich nicht zu erklärenden Störung der Digestionsfraktur. Frühestes Symptom: Polyurie (3—5000 g, 1010—1005 Sp. G.) mit Durstgefühl, trockenem Hals und trockener Zunge; wechselndem Appetit bis zu völligem Verlust, Diarrhoe abwechselnd mit Konstipation, Gewicht-, Kräfteverlust, chronische Dyspepsie, Kachexie. Die Urinuntersuchung allein kann irreführen, weil sie ganz der gleicht bei chronischer interstitieller Nephritis, als welche das Leiden auch häufig diagnostiziert wird. v. Schnizer-Höxter.

Goldscheider, A. (Berlin), **Über atypische Gicht und ihre Behandlung.** (Zeitschrift f. physikal. u. diätet. Therapie XVI. Bd. 1912, H. 6 u. 7. S. 321—338 u. 402—415.)

„Um die reguläre Gicht gruppieren sich eine Anzahl von Leiden, welche in Beziehung teils auf den Verlauf, teils auf den Sitz von ihr abweichen und doch in der gleichen dyskrasischen Grundlage zu wurzeln scheinen. Man nennt sie anomale und zwar insbesondere mit Berücksichtigung des Verlaufs chronische, mit Berücksichtigung des Sitzes, wenn innere Organe ergriffen werden, retrograde Gicht." Diesen Standpunkt, welchen J. Henle 1847 in seiner rationellen Pathologie vertreten hat, nimmt auch Goldscheider ein, nur daß dieser mehr die klinische Seite betont. Ihm erscheinen die gichtischen Krankheitserscheinungen als Ausdruck einer Stoffwechselanomalie, welche von kaum nennenswerten Symptomen gradatim zu den qualvollen Gichtanfällen hinaufführt. Was wir Gicht nennen, ist nur die Spitze der Pyramide, während die atypische Gicht mit bezw. ohne Tophi tiefer gelegene Querschnitte darstellt.

Wie lassen sich nun solche atypische Formen der Gicht, gewissermaßen ihre formes frustes, erkennen? Goldscheider legt das Hauptgewicht auf den Nachweis von Tophi, welche sich in überraschender Häufigkeit im Schleimbeutel des Olecranon, vor und neben der Kniescheibe, in der Kreuzbeingegend (namentlich an der Symphysis sacro iliaca) finden. Die Ohrmuscheltophi sind lange nicht so häufig wie die genannten. Ähnliche Ablagerungen bedingen das „Gichtknirschen" im Knie, erkennbar durch die aufgelegte Hand, wenn der sitzende Patient ausgiebige Bewegungen macht, event. auch bei der Kniebeuge. Auch im Großzehengelenk und im Metakarpo-Phalangealgelenk des Daumens findet es sich. In den Halswirbelgelenken empfinden es die Patienten häufiger, als der Arzt es durch Auskultation nachzuweisen vermag. Auch Steifigkeit des Metacarpo-Phalangealgelenks des Daumens mit und ohne Verdickung bewertet G. hoch.

Zu diesen Gelenksymptomen gesellen sich noch Störungen der meisten inneren Organe. Am häufigsten sind Veränderungen am Zirkulationsapparat prae- bezw. arteriosklerotischer Art mit Beteiligung der Nieren, gastrische Erscheinungen, Leberschwellungen und insbesondere Störungen seitens des Nervensystems. Es sei dabei nicht bloß auf die verschiedenen Neuralgien und Neuritiden hingewiesen, sondern namentlich auf psychische Zustände in der Art von Neurasthenie oder schweren Depressionen.

Die Hauptsache bei solchen Patienten ist gründliche Untersuchung zur Vermeidung diagnostischer und dadurch bedingter therapeutischer Irrtümer. In der Gichttherapie betont G. Diät und Bewegung als fundamentale Prinzipien. Gegen Radium und Atophan verhält er sich höflich reserviert. —

Die vorliegende Studie bildet einen dankenswerten Gegensatz zu den Elaboraten der Laboratoriumskünstler, womit die Ärztewelt seit langem überschüttet und womit sie bald übersättigt sein wird. Es gibt — sagte Michel Peter — in der Medizin traditionelle Wahrheiten, die ewig sind wie die Wahrheit, weil sie eben wahr sind. Von diesen traditionellen Wahrheiten kann man sagen: „Un peu de science en éloigne, beaucoup de science y ramène." Die Goldscheidersche Abhandlung beweist diesen Satz von neuem. **Buttersack-Trier.**



Chirurgie und Orthopädie.

Koch, Curt, Erfahrungen über die Behandlung des postoperativen Meteorismus mit Peristaltin- und Physostigmininjektionen. (A. d. Univ.-Frauenklin. in Gießen.) (Zentralbl. f. Gyn 1912, Nr. 40.)

Das Peristaltin ist bekanntlich ein Glykosid aus der Rinde von Rhamnus Purshiana (Cascara Sagrada), welches in Dosen zu $^1/_2$ g subkutan injiziert wird. Es wurde in 32 Fällen erprobt. 18mal wurden Winde und Stuhl erzielt; die Winde gingen frühestens 1 Stunde nach der Injektion ab, meist dauerte es länger, bis zu 8 Stunden. Bei 10 Fällen reichte die tonisierende Darmperistaltik nicht aus, es mußte nach mehreren Stunden ein Klistier oder das Darmrohr zu Hilfe genommen werden. In dem Rest der Fälle, Fälle von akuter Peritonitis, versagte das Mittel mehr weniger vollständig. Dem Physostigmin gegenüber habe das Peristaltin den Vorzug, daß die ausgelöste Peristaltik nicht so schmerzhaft ist. K. begrüßt vor allem die Eigenschaft des Peristaltins, daß es Flatus hervorrufe ohne gleichzeitigen Stuhlgang. Dadurch würde das Mittel besonders wertvoll nach Dammplastiken. — Auffällig muß es erscheinen, daß K. die Hypophysispräparate, welche bekanntlich ebenfalls ganz ausgezeichnete Wirkungen bei post-operativer Darmatonie entfalten, mit keinem Worte erwähnt.

R. Klien-Leipzig.

Schönfeld, R. (Berlin-Schöneberg), **Zwerchfellbruch und plötzlicher Tod infolge Herzlähmung als Unfallfolge.** (Med. Klinik, Nr. 11, 1910.)

Am 24. August 1906 besorgte der 38jährige Arbeiter D. mit einem Arbeitsgenossen eine Fuhre Dung; vor der Abfahrt vom Bestimmungsorte nach Hause trank D. ein Glas Branntwein und unterwegs gelegentlich einer Einkehr noch einmal 4 Schnäpse. Auf der Weiterfahrt saß D. auf einem Sattelpferde vorn — sie fuhren mit 4 Pferden — während der andere Mitfahrer auf dem Wagen saß. — Plötzlich fällt D. vom Pferde und ist im Augenblicke darauf eine Leiche. Bei der Sektion fand sich außer belanglosen Hautwunden ein unkomplizierter Unterschenkelbruch und ein großer Zwerchfellbruch; und zwar waren durch eine zweihandtellergroße Öffnung im Zwerchfell der Dickdarm (wohl Col. transversum, Ref.) mit dem großen Netz und ein Teil des Magens hindurchgetreten und zwar reichte der Dickdarm in der Brusthöhle bis zur vierten Rippe. Die linke Lunge war stark nach hinten und oben zusammengedrückt. Der Herzbeutel mit dem Herz und den großen Gefäßen ganz in die rechte Brusthälfte verschoben. — Die Begutachter waren sämtlich darin einig, daß der Tod durch plötzliche Herzlähmung infolge Zwerchfellbruches eingetreten war, wobei der reichliche Schnapsgenuß (Magenüberfüllung) vielleicht eine mitwirkende Hilfsursache des Eintritts der Herzlähmung abgegeben hatte; der Zwerchfellbruch hatte unter allen Umständen schon länger bestanden und war nicht eine Folge des Sturzes vom Pferde. — Als hierauf die Ansprüche der Witwe in allen Instanzen abgewiesen worden waren, machte sie geltend, daß ihr Mann im Februar 1906 einen anderen Unfall erlitten habe und führte auf diesen die Entstehung des Zwerchfellbruches zurück. Nachdem nun durch Zeugenaussagen festgestellt war, daß der Verstorbene zu der angegebenen Zeit tatsächlich einmal vom Pferde gefallen und dabei unter das Pferd zu liegen gekommen war, und nach geschehener Verletzung sich wiederholt mit der Hand über den Rücken gestrichen und über Schmerzen geklagt habe, auch in der nachfolgenden Zeit mehrfach über Leibschmerzen geklagt hatte, wurde mit großer Wahrscheinlichkeit von mehreren Begutachtern angenommen, daß der Zwerchfellbruch infolge dieser Verletzung entstanden sei, die infolgedessen dann die mittelbare Ursache des Todes des Verletzten wurde. Daraufhin wurde durch Entscheidung des Reichsversicherungsamts die Abhängigkeit des Zwerchfellbruches von dem ersten Unfall und damit auch die Ansprüche der Witwe an die Hinterbliebenenrente anerkannt.

R. Stüve-Osnabrück.



Frank, Paul (Berlin), **Beckenabszeß als Unfallfolge dargestellt.** (Med. Klinik 1911, Nr. 4.)

Ein Hilfsmonteur meldete am 3. Februar 1908 seiner Firma, bei der er beschäftigt war, daß er am 24. Januar von einer Kiste, auf der er bei der Arbeit gestanden habe, heruntergefallen sei und einen Ruck im Unterleibe bekommen habe. Wegen der eingetretenen Folgezustände habe er sich operieren lassen müssen. Der behandelte Kassenarzt gab an, daß am ersten Tage nach der angeblichen Verletzung die Leistengegend grün und blau ausgesehen habe, am 28. Januar habe eine ziemlich ausgebreitete Rötung und Schwellung der linken Leistbeuge bestanden; einzelne hartgeschwollene Lymphdrüsen seien zu fühlen gewesen. Er habe eine Verletzung der Lymphdrüsen angenommen, inzidiert und tamponiert. Die Heilung habe schlechte Fortschritte gemacht und der Kranke sei am 14. April in ein Krankenhaus überführt worden, aus dem er am 6. Juli ungeheilt entlassen sei, Noch im September klagte er über Schmerzen beim Gehen und von der linken Leistbeuge führte eine Fistelöffnung in der eingezogenen Narbe in die Tiefe, so daß eine Sonde 8—9 cm tief gegen das Hüftgelenk hin eingeführt werden könne. Er halte eine direkte Verletzung der Lymphdrüsen für wahrscheinlich und die Angaben des Verletzten über den Unfall für glaubhaft und eine Erwerbsbeschränkung von 50% für vorliegend. — Die Berufsgenossenschaft lehnte die Ansprüche ab, einmal weil der Unfall nicht bewiesen werden konnte, und weil ihr Vertrauensarzt im vorliegenden Falle den Zusammenhang zwischen Krankheit und Unfall zwar für möglich, aber sehr wenig wahrscheinlich erklärte. — Im Schiedsgericht kam der Gerichtsarzt zu der Anschauung, daß eine chronische Erkrankung des linken Hüftgelenkes vorliege und daß die Entzündung in der Leistengegend und den dort vorhandenen Drüsen mit diesem Hüftgelenkleiden aber nicht mit dem Unfalle in Zusammenhang stehe. Das R.-V.-Amt holte noch ein Gutachten vom Medizinalrat Barth ein, das auf Grund einer 8 tätigen Beobachtung im Danziger Stadtlazarett erstattet wurde. Auf Grund des Befundes (in der linken Leistenbeuge unterhalb des Leistenbandes eiternde Fistel mit schlaffen Granulationen und schlaffen Rändern; die Sonde dringt in der Fistel 11 cm hoch in das Becken vor, und die Gegend der linken Beckenschaufel ist ausgefüllt und voller als auf der linken Seite; die Schwellung erstreckt sich bis in die Lendengegend. Die linke Hüfte ist, besonders für Drehbewegungen, frei, es wird das linke Bein in der Hüfte leicht gebeugt gehalten) wurde die Diagnose auf einen Backenabszeß, wahrscheinlich tuberkulöser Natur, gestellt und da solche Beckenabszesse sich langsam entwickeln, das Gutachten in dem Sinne erstattet, daß es ausgeschlossen sei, daß der von dem Kläger behauptete Unfall einen Einfluß auf die Entstehung des bereits 4 Tage später geöffneten Abszesses gehabt habe, daß es sich um eine primäre Lymphdrüsenentzündung gehandelt habe, sei gänzlich unwahrscheinlich, denn solche Drüseneiterungen pflegen nicht Fisteln zu hinterlassen die bis zur Kreuzbeingegend hinaufragen, solche Fisteln nehmen ihren Weg vielmehr von oben nach unten. R. Stüve-Osnabrück.

Jeannel, A propos d'une observation de rupture du rein: diagnostique de l'hamaturie; avenir des reins traumatisés. (Archives medical. de Toulouse 1912.) 119.

An der Hand eines Falles einer Nierenruptur bei einem kleinen Mädchen durch Überfahrenwerden betont der Verfasser eine Regel, die nie außer acht gelassen werden darf: bei einer Nierenverletzung ist der diagnostische Wert der Blutung immer erheblich; aber Dauer und Stärke derselben sind sehr häufig, wenn auch nicht immer; umgekehrt proportional der Schwere der Verletzung. v. Schnizer-Höxter.

Frey, Lumbalpunktion bei Urämie. (Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte 1912, H. 17.)

Symptomatisch unterscheidet man 3 Typen von akuter Urämie: reine Retentionsurämie (ClNa) ohne gröbere zerebrale Schädigungen, nur Bewußtseinsstörung, unregelmäßige Atmung, eklamptische Krämpfe (sehr schlecht



zu beeinflussen); kardiale Urämie: schlechter Puls, Zyanose, Dyspnoe, Lungenödem, im wesentlichen leichte zerebrale Störungen mit Herzinsuffizienz; zerebrale Urämie, zerebraler Typus: stärkere zerebrale Störungen, Hirndruck, Nackenstarre, Brechen, epileptische Krämpfe, venöse Stauung im Augenhintergrund, plötzliche Amurose. Darnach richten sich die therapeutischen Maßnahmen. Bei der kardialen Form oft überraschende Erfolge vom Aderlaß; durch Schwitzen und Infusion sucht man die zurückgehaltenen Salze und N haltigen Stoffe zur Ausscheidung zu bringen.

Verfasser berichtet nun über 20 Fälle; bei 8 davon (zerebrale Formen) untersuchte er den Lumbaldruck, der in allen 8 erhöht war. Und gerade in diesen Formen ist die Lumbalpunktion indiziert: in einem Falle mit tiefem Koma war Patient nach 10 Minuten nach Punktion imstande, auf Fragen zu antworten. Jedoch trat nicht immer dieser überraschende Erfolg ein; in 2 von den 8 Fällen war der Erfolg vorübergehend, in den übrigen nachhaltig. v. Schnizer-Höxter.

Beitzke, Sur l'embolie graisseuse. (Revue méd. de la Suisse Romande 1912, Nr. 7, S. 501—508.)

Ein Mann von 54 Jahren, welchem im Dezember 1909 der Unterschenkel im mittleren Drittel wegen nichtheilender Ulzerationen am Fuß abgenommen worden war, stürzte im Februar 1910 eine Treppe hinunter, und zwar gerade auf den Stumpf. Zunächst schien die Sache bedeutungslos. Allein nach drei Stunden entwickelten sich unbestimmte nervöse Zustände: Abgeschlagenheit, Schwindel, Dyspnoë, Schweiße. Nach weiteren drei Stunden verfiel er in einen tiefen Schlaf, welcher allmählich in ein letales Coma überging.

Bei der Obduktion und mikroskopischen Untersuchung fanden sich ausgedehnte Fett-Embolien in den Kapillaren der Lunge, des Gehirns, Herzens, der Nieren.

Beitzke macht mit Recht darauf aufmerksam, daß nicht in jedem Falle die Embolien zum Tode führen müßten. Seien sie weniger ausgedehnt, so könnten Insuffizienzerscheinungen der verschiedensten Art und seitens der verschiedensten Organe auftreten. Von besonderer Wichtigkeit seien dabei vorübergehende Störungen der geistigen Fähigkeiten.

Daß derlei Folgen eines Trauma hauptsächlich dann zu erwarten sind, wenn vorher schon irgendwelche, wenn auch geringfügige Läsionen vorhanden gewesen waren, leuchtet ohne weiteres ein. Man sieht auch hier, wie es für die diagnostische Kunst nicht sowohl darauf ankommt, im konkreten Krankheitsfall die histiologische Diagnose möglichst erschöpfend zu eruieren, sondern vielmehr, eine Herabsetzung der Leistungsfähigkeit möglichst früh, womöglich noch innerhalb scheinbarer Gesundheit zu erkennen.

Buttersack-Trier.

Czerwinski, Druckanästhesie mittelst Novokain-Suprarenin-Stäbchen. (Arch. f. Zahnheilk. 1912, H. 7.)

Zahnarzt Czerwinski hält es für ein längst und tief empfundenes Bedürfnis, die Pulpa eines Zahnes ohne lange Vorbehandlung zu extrahieren und den Zahn alsbald füllen zu können. Beim Arbeiten mit Einlegen von Arsenpasten ist es unerläßlich, die Patienten zur Weiterbehandlung erneut in die Sprechstunde zu bestellen, was aber häufig mit Schwierigkeiten verknüpft und manchmal gra nicht zu erreichen ist. Aus diesem Grunde muß es außerordentlich wünschenswert erscheinen, die Pulpabehandlung und die Fertigmachung eines Zahnes in einer einzigen Sitzung durchführen zu können.

Die Druck- und Leitungsanästhesie mittels Kokain hat sich niemals recht eingebürgert, ebensowenig die Kataphorese.

Czerwinski stellte infolgedessen Versuche an mit Einlagen von Novocain-Suprarenin in Stäbchenform und fand, daß sich diese zur sogenannten Druckanästhesie der Zahnpulpa ganz vorzüglich eigneten.

Er hält die Stäbchen nicht nur bei Kindern, ängstlichen und nervösen Personen für sehr angebracht, sondern auch überall dort, wo es sich darum handelt, möglichst schnell arbeiten zu müssen. Außerdem ist die Anwendung der Druckstäbchen sehr angebracht bei Kavitäten, die tief unter das



Zahnfleisch reichen und solchen, die sich an den bukkalen und labialen Flächen der Zähne befinden. Gerade an diesen Stellen würde man häufig, auch bei der größten Vorsicht, das Zahnfleisch, ja sogar den Alveolarfortsatz mit der Ätzpaste zerstören.

Nicht zu unterschätzen ist die fast vollständige Blutleere, die sich nach der Einwirkung der Stäbchen im Dentin und in der Pulpa einstellt.

Nach Vorbehandlung mit den Novocain-Suprarenin-Stäbchen kann man die Pulpa, ohne irgend einen Schmerz auszulösen, sofort extrahieren und mit dem Füllen der Kanüle beginnen.

Der Autor hat die Stäbchen in allen Stadien von Pulpitis mit sehr gutem Erfolge angewendet.

Die Applikation wird am besten folgendermaßen vorgenommen:

Man wischt die Kavität mit einem Wattebausch aus, aber nicht ganz trocken, legt dann das Stäbchen, wenn irgendmöglich, auf die freiliegende Pulpa und läßt es zergehen. Nachdem es zerflossen ist, nimmt man ein Stückchen unvulkanisierten Kautschuk und fängt mit gelindem Druck an, gegen die Pulpa zu pressen. Nach ganz kurzer Zeit, 2—3 Minuten, ist der Nerv soweit anästhesiert, daß er auf keinen Druck mehr reagiert und nun kann man mit der Amputation resp. Extraktion der Pulpa beginnen.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Jolly, R., Uterusruptur in einer alten Kaiserschnittnarbe. (Aus der Univ.-Frauenklin. in Berlin.) (Arch. f. Gyn. 1912, Bd. 97, H. 2.)

Bei dem ersten Kaiserschnitt war die Inzision wegen vorderem Sitz der Plazenta hinten angelegt worden. Es war mit Katgut genäht worden, und zwar waren 11 tiefgreifende Knopfnähte durch die Muskulatur und darüber eine fortlaufende Serosanaht gelegt worden. Es hatten jedoch in den ersten 8 Tagen Temperatursteigerungen bestanden, die offenbar eine Störung in der Wundheilung bedeuteten. $1^3/_4$ Jahr später trat bald nach Wehenbeginn — die Geburt fand glücklicherweise in der Klinik statt — eine Zerreißung der alten Narbe mit Austritt von Kind und Plazenta in die Bauchhöhle ein. Durch sofortige Laparotomie gelang es, das Kind lebend zu extrahieren. Der Uterus wurde supravaginal amputiert. — J. wirft die Frage auf, ob angesichts solcher gar nicht so extrem seltner und durch nichts mit Sicherheit zu vermeidender Fälle nicht in jedem Fall von klassischem Kaiserschnitt die Sterilisierung vorgenommen werden sollte. — Mikroskopisch wurde festgestellt, daß der nicht zerrissene Teil der Narbe vollständig regenerierte Muskelfasern aufwies, daß dagegen die eingerissene Partie infolge der früheren Heilungsstörungen hochgradige Veränderungen, wie bindegewebige Narbe zwischen den Muskelrändern, einen Granulationswall im oberen Wundgebiet, seröse Adhäsionen aufwies. Ferner fanden sich im ganzen Gebiet der Wunde Deziduazellen. R. Klien-Leipzig.

Bagger-Jörgensen, V., Über künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. (Aus der Univ.-Frauenklin. in Lund.) (Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn., Juli 1912.)

Die Einwände, die künstliche Frühgeburt sei in theoretisch-wissenschaftlicher Hinsicht unzulänglich begründet, und die Resultate seien schlecht für Mutter und Kind und würden sich auch nicht bessern lassen, hat bereits Paul Bar im Jahre 1900 entkräftet; dies sei anscheinend zu wenig bekannt geworden. Bar hat darauf hingewiesen, daß man durch genaue Anamnese und Untersuchung sowie durch sorgfältige Messungen dem wirklichen Sachverhalt so nahe kommen könne, wie es für das praktische Handeln vonnöten ist. Auch dürfe man nicht die aus großen Sammelstatistiken gewonnene Zahl von 30—35 % kindlicher Sterblichkeit der Kritik zu Grunde legen. Bar selbst hatte nur 25 % und B.-J. ist wohl mit Recht der Meinung, daß diese Ziffer sich bedeutend bessern lasse, wenn man *nur geeignete* Fälle der künstlichen Frühgeburt unterwerfe. Als solche bezeichnet er Becken mit einer Conj. vera über 85 mm (nur ausnahmsweise bis zu 80 mm herunter) und als zeitigsten Zeitpunkt der Einleitung die



35. Woche. Nach diesen Gesichtspunkten wurden in Lund 29 Fälle behandelt mit 0 % mütterlicher und 10 % primärer kindlicher Mortalität. Auch das weitere Schicksal der Kinder war ein durchaus gutes, im ersten Lebensjahr 8 % Mortalität, im zweiten starb noch ein Kind. Die anderen Kinder entwickelten sich normal, ihre Kränklichkeit war eher geringer als der Norm entsprechend. Da die Bougiemethode in 25 Fällen erst nach 60 Stunden Wehen hervorrief, und dann die Geburtsdauer noch 21 Stunden im Durchschnitt betrug, während nach der 4 mal angewandten Blasensprengung die Wehen durchschnittlich bereits nach 32 Stunden sich einstellten und die Geburt dann nur 13 Stunden dauerte, will B.-J. in Zukunft diese letztere Methode ausüben, mit der bekanntlich v. Herff außerordentlich zufrieden ist. R. Klien-Leipzig.

Sippel, Albert, Über Eklampsie und die Erfolge der Nierendekapsulation bei Eklampsie. (Zeitschr. f. gyn. Urol. 1912, III. Bd., 5. H.)

Es war zu erwarten, daß S. sich gegen den Vorwurf von Poten wenden würde, daß S. es bei der Beurteilung der Heilerfolge durch Nierendekapsulation bei Eklampsie an der notwendigen nüchternen Kritik habe fehlen lassen. S. weist zunächst nach, daß Poten (cf. Z. f. g. Ur. 2. Bd. 2. H., ref. i. d. Bl.) zwei inkommensurable Größen miteinander verglichen habe. Hätte Poten von den nicht dekapsulierten Fällen nur diejenigen herangezogen, bei denen länger dauernde Anurie bestand — dies ist die von S. aufgestellte Kardinalindikation zur Dekapsulation —, dann würde es sich herausgestellt haben, daß die Mortalität solcher Fälle eine höhere ist, wenn sie nicht operiert, als wenn sie operiert werden. Statt dessen hatte Poten alle Fälle gezählt, welche von der Geburt ab 4 und mehr Anfälle gehabt hatten. — S. setzt nun in sehr scharfsinniger Weise auseinander, daß durch die eklamptischen Krämpfe eine mehr oder weniger hochgradige aktive venöse Hyperämie zustande kommt. Diese werde um so beträchtlicher, je länger der durch keine Inspirationsbewegung unterbrochene tonisch-klonische Krampfzustand der Expirationsmuskulatur bei gleichzeitigem krampfhaften Verschluß der Stimmritze dauert. Die Frauen sehen blauschwarz aus, infolge der Blutrückstauung kommt es zu Hämorrhagien im Gehirn (Oedem der Arachnoidea, Koma) und anderen Organen; das ganze Blut wird vom linken Ventrikel in den großen Kreislauf hineingepumpt, während gleichzeitig der Abfluß nach dem Thorax und dem rechten Vorhof versperrt ist. Besonders müsse die dicht unter dem Herzen mit ihren Venen einmündende Leber unter der Rückstauung leiden (Zentralvenen), ebenso aber auch die Nieren, deren Venen ja auch nicht weit vom Herzen in die Kava münden. Das Kapillarsystem der Tubuli contorti wird gestaut, bringt hier Sekretionsstörungen und Schädigungen der Epithelien hervor; der Überdruck pflanzt sich dann auf das Vas efferens fort, wodurch die Wassersekretion im Glomerulus gestört wird. Das erweiterte Vas efferens muß an der gemeinsamen Aus- und Eintrittsstelle durch die Bowmansche Kapsel auch das Vas afferens komprimieren. Durch die Anfüllung des Gefäßknäuels im Glomerulus wird die Spannung der Kapsel gesteigert, es müssen ähnliche mechanische Verhältnisse eintreten wie in einer eingeklemmten Hernie. Vielleicht, meint S., liegt hier das Moment, welches die Anurie nach dem Anfall plötzlich eintreten läßt, ebenso vielleicht das rein mechanische Moment, welches in manchen Fällen die Anurie bis zum Tode fortbestehen läßt. Natürlich muß durch diese Vorgänge die Ausscheidung des hypothetischen Eklampsigiftes mehr oder weniger unmöglich gemacht werden. Der Circulus vitiosus ist fertig. (Theoretisch könne man sich so auch die in vielen Fällen eintretende Wirkung der Stroganoffschen Behandlung erklären: durch Unterdrücken der Anfälle werden deren sekundäre Schädigungen verhütet oder abgeschwächt, in den Pausen setzt die Zirkulation wieder ein und das Gift kann zum Teil wieder ausgeschieden werden.) Im Lichte dieser mechanischen Erklärung kann man nun schwerlich der Nierendekapsulation ihre Berechtigung absprechen, vorausgesetzt, daß sie eben nur, wie das S. vorschreibt, in Fällen angewendet wird, wo die darniederliegende Harnsekretion



schwere Zirkulationsstörungen in der Niere anzeigt. Der Effekt der Dekapsulation ist dann auch stets der, daß alsbald die Harnsekretion wieder in Gang kommt — falls nicht zu spät operiert wurde, falls nicht schon eine irreparable Schädigung der Epithelien eingetreten war. — Daß auch die Erscheinungen der Schwangerschaftsniere und -nephritis durch rein mechanische Einwirkung hervorgerufen werden können, z. B. durch Harnleiterkompression, beweise der Fall von Bossi, der bei einer bis dahin erfolglos behandelten Schwangerschaftsnephritis das Eiweiß schwinden sah, nachdem die Patientin 24 Stunden lang die Bauchlage eingenommen hatte; das Eiweiß kam sofort wieder, wenn die Patientin aufstand und so fort. Die beiden Tatsachen, daß in einem schwangeren Organismus normalerweise Giftstoffe sich bilden, daß andererseits durch die mechanischen Verhältnisse beim Menschen in der Schwangerschaft stärkere Nierenschädigungen eintreten können, sollten bei der Eklampsieforschung mehr berücksichtigt werden. Es sei fraglich, ob man ein Eklampliegift sui generis annehmen müsse. — Jedenfalls stehe fest, daß dauernde Anurie bei einer Eklamptischen mindestens gerade so schwere Gefahren in sich birgt, wie bei anderen Menschen (Urämie), und daß wir kein Mittel besitzen, welches die Nierensekretion so rasch und ausgiebig anregt, wie die an sich ungefährliche Dekapsulation — so lange die Nierenepithelien noch regenerationsfähig sind und die Herzkraft noch eine genügende ist. R. Klien-Leipzig.

Young, James, Behandlung des Trichterbeckens. (Zwei Fälle, einmal Pubiotomie, einmal künstliche Frühgeburt.) (Edinburg. Med. Journ. 1912, Bd. 8, pag. 405.)

Y. bespricht zunächst kurz die einschlägige, noch nicht sehr große Literatur. Wenn die Trichterbecken auch nicht sehr häufig sind, so sollte man doch auf ihre rechtzeitige Diagnose besser bedacht sein, da sie zu nicht unbeträchtlichen Geburtsstörungen Anlaß geben können. — In dem ersten der mitgeteilten Fälle waren eine Perforation und eine schwere Zange mit totem Kind nach Einleitung der Frühgeburt in der 36. Woche vorausgegangen: Dist. tub. ischii: 8 cm, hinterer sagittaler Durchmesser des B.-ausg.: 6 cm. Sub partu, da Kaiserschnitt verweigert, Pubiotomie nach Döderlein mit nachfolgendem Forzeps. Mutter und Kind gesund entlassen, erstere wieder arbeitsfähig geworden. — Trotz dieses vollen Erfolges will Y. als die gewöhnliche Behandlung des Trichterbeckens die Einleitung der künstlichen Frühgeburt ausgeführt wissen, falls die Beckenmessung Geburtsstörungen erwarten läßt. Im zweiten Fall wurde die Geburt in der 37. Woche eingeleitet und zwar mit vollem Erfolg. Die den obigen entsprechenden Beckenmaße waren 7 resp. 8 cm.

R. Klien-Leipzig.

Johansson Sven, Sind bei schwierigen Fällen von Schwangerschaftspyelonephritis chirurgische oder obstretrische Eingriffe vorzuziehen? **(A. d. chir. Abt. des Krankenh. Sabbatsberg, Stockholm.) (Zeitschr. f. gyn. Urol. 1912, III. Bd., 5. Heft.)**

In neuerer Zeit neigt man immer mehr dazu, die künstliche Frühgeburt nicht mehr bei schweren Schwangerschaftspyelitiden resp. Pyelonephritiden anzuwenden, sondern lieber die Nephrotomie vorzunehmen, es sei denn, daß die Patientin dazu bereits zu schwach ist. Dies ist auch der Standpunkt J.s. Selbstverständlich wird in diesen Fällen in der Regel die konservative Therapie inkl. Nierenbeckenspülung bereits vergeblich angewendet worden sein. Es sind in der Literatur schon eine ganze Anzahl von Fällen bekannt, in denen in der Schwangerschaft die Nephrotomie ausgeführt worden ist, mit gutem Erfolg für die Mutter, und wonach die Schwangerschaft bis zum normalen Ende weiterging. — J. berichtet über einen Fall, wo bei einer I.-gr. im 7. Monat, ohne daß die Frau vorher irgendwie krank gewesen wäre, plötzlich Schmerzen in der einen, dann in der anderen Lendengegend auftraten, dazu gesellten sich Fieber und Schüttelfröste, leichte Blasenbeschwerden, der vorher klare Harn wurde trübe. Hervorzuheben ist, daß längere Zeit Verstopfung vorausgegangen war — mikroskopisch fanden sich im Harn Koli-



bazillen! Die Therapie schritt von den Harnwegantiseptizis über die Nierenbeckenspülung zur künstlichen Frühgeburt, vergeblich, das Befinden wurde nicht besser. Erst die rechtsseitige Nephrotomie (die rechte Niere hatte sich als die schwerer erkrankte erwiesen) brachte nach und nach dauernde Heilung, die Schüttelfröste hatten sofort aufgehört. Diese Niere war durchsetzt mit miliaren und etwas größeren Abszeßchen. Die linke Niere war offenbar leichter erkrankt und heilte von selbst aus.

R. Klien-Leipzig.

Prosorowsky, N. M., Zur Eklampsiefrage. (Zeitschr. f. gyn. Urolog. 1912, III. Bd., 5. H.)

P. stellt inkl. eines eigenen fünf Fälle zusammen, wo Frauen, bei denen wegen Eklampsie die Nieren dekapsuliert worden waren, längere Zeit bez. ihrer Nierenfunktion nachbeobachtet worden sind. In allen 5 Fällen ließ die Nierenfunktion nichts zu wünschen übrig, mehrere Frauen wurden wieder gravid und überstanden Schwangerschaft und Geburt ohne jede Störung, mitunter sogar ein paarmal. R. Klien-Leipzig.

Soli, Teobaldo, Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Schädelimpressionen bei Neugeborenen. (Aus der Univ.-Frauenklin. in Turin.) (Arch. f. Gyn. 97, H. 2, 1912.)

Vicarelli hat seinen bekannten „Grundzieher“ in sehr zweckentsprechender Weise modifiziert und es werden einige Fälle mitgeteilt, in denen das neue Instrument mit Erfolg angewendet wurde, um bald nach der Geburt Schädelimpressionen zu heben. Im Ganzen stellt S. 20 operierte Fälle mit zwei Todesfällen zusammen. R. Klien-Leipzig.

Psychiatrie und Neurologie.

Peretti (Düsseldorf), Simulation von Geisteskrankheit. (Mediz. Klinik 1911, Nr. 35.)

Der sehr lesenswerte Aufsatz von Peretti eignet sich nicht zur kurzen Wiedergabe. P. zieht aus seinen Beobachtungen folgenden Schluß: „Das absichtliche zielbewußte Vortäuschen des Bestehens einer Geisteskrankheit ist selten; es kommt fast ausschließlich bei Degenerierten und geistig abnormen Individuen vor; der Nachweis von Simulation psychischer Störungen ist nicht gleichbedeutend mit dem Bestehen geistiger Gesundheit.“ Zur Begutachtung eines der Simulation von Geistesstörung Verdächtigen gehört neben dem erforderlichen Maß von Sachkenntnis ausreichende Zeit zur Beobachtung und vollste Objektivität. — Die im Texte ausgesprochene Warnung vor der Ausstellung eines Sprechstundenattestes über geistige Gesundheit, das von einem bis dahin Unbekannten verlangt wird, kann nur nachdrücklichst gebilligt und die Bereitwilligkeit zu Ausstellung solcher Bescheinigungen mit Recht nur als frivoler Leichtsinn bezeichnet werden.

R. Stüve-Osnabrück.

Hautkrankheiten und Syphilis.
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Winckler (Ingolstadt), Über Mycosis fungoides. (Zeitschr. f. Röntgenkunde 1912, H. 7.)

Verfasser erwähnt einen Fall, der deshalb bemerkenswert ist, weil ihm — vollkommene Ausheilung ist sehr selten — diese durch Röntgentherapie völlig gelang. Unterstützung der Röntgenbestrahlung durch Arsen. Ätiologie des schwammförmigen Beerschwamms dunkel, nach dem klinischen Verlauf eine chronische Infektionskrankheit, deren Erreger noch nicht gefunden, keinesfalls aber venerisch. Stadium praemycoticum: Schwerheilende Ekzeme oder Psoriasis ähnliche Plaques, nach jahrelangem Bestehen darauf beerschwammähnliche Tumoren mit runder, schwarzer bis grünlichbrauner Pustel auf Rücken, die schließlich zerfällt. Prognose: dubiös. Exitus durch Marasmus unter inneren Metastasen. v. Schnizer-Höxter.



Woodward (Minneapolis), The present status of salvarsan as a remedy for Syphilis. (Der gegenwärtige Stand des Salvarsan als Heilmittel gegen Syphilis). (St. Paul med. journ. 1912 H. 7.)

Indiziert 1. zur Abortierung des Leidens in sehr frühen Fällen, nachdem der Schanker, sobald als er aufgetreten ist, exzidiert würde, sofortige Anwendung. 2. In sehr frischen Fällen, wo raschmöglichste Klarheit über die Haut- und Schleimhautläsionen erwünscht ist, gefolgt von einer Hg kur. 3. Wenn sich Tuberkulose auf syphilitischer Basis entwickelt. 4. Bei schwerer Anämie, die sich bei Hg verschlimmern würde. 5. In alten tertiären Fällen wo Hg und Ik einzeln oder kombiniert, dauernd längere Zeit ohne Erfolg bleiben. Therapeutischer Wegweiser Wassermann. Intravenöse Methode.

v. Schnizer-Höxter.

Hudelo, Montlaur und Bodineau (Paris), Vom Neosalvarsan. (Bullet. méd. 1912, Nr. 51.)

An jede Erfindung pflegt sich ein Stadium der Modifikationen anzuschließen, so auch bei Salvarsan. Man rühmt jetzt das wasserlösliche Neosalvarsan als noch wirkungsvoller und ungiftiger. Die 3 genannten Autoren haben 80 intravenöse Injektionen bei 21 Kranken gemacht und scheinen mit ihren therapeutischen Erfolgen zufrieden zu sein. Leider gehen sie auf diesen praktisch wichtigsten Punkt nicht so sehr ein als auf technische Einzelheiten und fatale Nebenwirkungen. Starke Temperaturerhöhungen haben sie nach 39 von den 80 Injektionen beobachtet, und 6 von den 21 Patienten bekamen stark juckende oder bullöse Exantheme. Das ist eigentlich ein großer Prozentsatz.

Trotzdem halten sie das Neo-Salvarsan für relativ ungiftig; der Tod trete bei Kaninchen erst bei 0,2 bis 0,25 pro Kilo ein. Andere dagegen, darunter Milian, einer der ersten Enthusiasten für 606, raten zur Vorsicht; man solle nur geringe Dosen und in großen Zwischenräumen injizieren. Emery und Balzer sind in Rücksicht auf nervöse Zufälle, vorübergehende Aphasie und Hirnblutungen nach Neosalvarsan, ziemlich ängstlich mit dem „ungiftigen" Mittel. —

Es mag rückständig, ketzerisch usw. klingen: allein gegen Injektionen in die Venen sträubt sich mein physiologisches Empfinden. Stellt man sich auf den rein chemischen Standpunkt und betrachtet man das Blut nur als kolloidale Lösung und dergleichen, so liegt freilich kein Grund vor, weshalb man diese Flüssigkeit nicht beliebig verändern soll. Nimmt man aber das Blut als Organ, als lebendiges Gebilde, welches mit allen anderen Organen im innigsten Wechselverkehr steht und welches von dem einen Gewebe die zartesten Gebilde zu den anderen führt, dann zaudert doch die Hand bei dem Gedanken, in dieses feine Gemisch roh einzugreifen. Gewiß verlaufen viele intravenöse Injektionen ohne sichtbare schädigende Folgen. Allein das spricht mehr für die Vorzüglichkeit der menschlichen Organisation als für die Berechtigung der Methode. Wir vertrauen dem Blut als geduldigem Vehikel unsere Substanzen an und nehmen an, daß dieselben dann schon gewissermaßen „von selbst" an die von uns supponierte sedes morbi gelangen. Wir glauben, auf diese Weise den Organismus überfallen und ihm unseren Willen aufdrängen zu können. Die mancherlei technischen Erfolge haben unseren Blick für die unbegreifliche Großartigkeit und Verschlungenheit der Lebensprozesse getrübt. Aber Ehrfurcht vor dem Unbegreiflichen steht dem Naturforscher ebenso gut an wie ungestümes Vorwärtsdrängen und muß diesem den mahnenden Zügel anlegen: *Πρῶτον μέν μηδὲν βλάπτειν.*

Buttersack-Trier.

Augenkrankheiten.

Cohen (Philadelphia), The non-surgical treatment of exophthalmic goitre. (The americ. journ. of the medical sciences 1912, H. 7.)

Graves Syndrom ist eine Komplexstörung mit zahlreichen Varietäten, multipler Ätiologie, dunkler Pathologie, die ohne Kropf bestehen kann. Tritt

dieser dazu, so werden die vorhandenen Symptome schwerer und neue treten hinzu. In frühzeitig erkannten Fällen wird chirurgische Behandlung selten nötig.

In etwa 15—20 % kann chirurgische Behandlung nötig werden, wenn dauernde zweckmäßige, nicht chirurgische Behandlung nicht durchzuführen ist, in etwa 5 % trotz frühzeitiger, sorgfältiger hygienischer und innerer Behandlung. Deshalb frühe Diagnose recht wichtig. Viele Fälle segeln zuerst unter der Flagge Neurasthenie, Hysterie, Nervosität, anormales Nervensystem, nervöse Dyspepsie. Zweckentsprechende Behandlung kommt deshalb oft zu spät, namentlich wenn man erst die Diagnose: oxophthalmischer Kropf abwartet, denn diese beiden Symptome sind Spätsymptome.

Die nichtchirurgische Behandlung dauert gewöhnlich lange, und erfordert Geduld und Ausdauer. Ihr Leitsatz: Individualisation. Wesentliches Element: Ruhe, modifiziert entsprechend den äußeren Umständen, geistig und physisch, Korrektion von Augenfehlern, unter Ausschluß aller Quellen einer Reflexirritation. Frische Luft, Diätregelung ist hier wichtiger als bei Lungentuberkulose. Sorge für aktive Elimination. Edukationelle Übungen des Vasomotorensystems mit Hitze- und Kälte-Applikationen (Packungen, Duschen usw.). Auf diese Weise heilen etwa 25—30 %: die sogenannten spontanen Heilungen. In schwereren Fällen Eisanwendung auf Herz und Spina cervicalis, Anwendung von guten Organpräparaten (Thymus, Adrenalin, Zirbeldrüse, Milz, SchilZdrüse, Extrakt des Ovariums, der Brustdrüse und des corpus luteum; einfach oder kombiniert, je nach dem Fall verschieden), das Ganze Ausnutzung der physikalischen Therapie, innere Antisepsis, auxiliäre symptomatische Medikation (Strontiumbromid, Hyoscin, Skopolamin, Ergotin, Pikrotoxin, neutrales Chinin. Hydrobrom., Digitalis, Strophantus).

Hierdurch Anstieg des guten Erfolges auf ca. 80 %.

v. Schnizer-Höxter.

Ohrenkrankheiten.

Stein, C., Otalgia angiosclerotica. Ein Beitrag zur Pathogenese der Schmerzempfindungen im Gehörorgane. (Aus der Ohrenabteilung der Allg. Poliklinik, Wien. Vorstand: Prof. Dr. Alexander.) (Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 26.)

Nach Verfasser können arteriosklerotische Veränderungen in den das Ohr versorgenden Blutgefäßen unter anderen Krankheitserscheinungen auch verschiedenartige schmerzhafte oder unangenehme Empfindungen im Gehörorgane hervorrufen, die wahrscheinlich auf lokale Zirkulationsstörungen zurückzuführen sind. Zweckmäßig bezeichnet man diesen Zustand als Otalgia angiosclerotica. Die Diagnose kann selbstverständlich nur bei Konstatierung einer Arteriosklerose sowie bei Fehlen anderer ursächlicher Momente der Otalgia, in zweifelhaften Fällen aber ex juvantibus durch Verordnung von Diuretin gestellt werden.

Während Nervina, Sedativa und Antineuralgika, ebenso wie lokaltherapeutische Methoden im besten Falle nur von vorübergehender Wirkung, in der größten Zahl der Fälle jedoch ohne Effekt waren, erwies sich die Verordnung von Diuretin sehr vorteilhaft; es zeigte sich im Laufe einer mehrwöchigen Darreichung von Diuretin (in Dosen von 0,5 g drei- bis fünfmal täglich) in mehr als der Hälfte der Fälle eine Abnahme und schließlich ein vollständiges Verschwinden der schmerzhaften Empfindungen.

Der Erfolg der Therapie wird naturgemäß in erster Linie von dem Grade der Gefäßveränderung abhängen. Jedenfalls empfiehlt es sich, das Diuretin mehrere Wochen hindurch nehmen zu lassen und im Falle günstiger Wirkung nach einiger Zeit neuerdings zu verordnen.

Neumann.



Medikamentöse Therapie.

Hexal, ein sedatives Blasen-Antiseptikum.

Zusammensetzung: Sulfosalizylsaures Hexamethylentetramin.

Formel: $(CH_2)_6N_4 . SO_3H . C_6H_3 (OH) COOH$

Darstellung: Äquivalente Mengen Hexamethylentetramin und Sulfosalizylsäure werden nach einem patentierten Verfahren verbunden.

Eigenschaften und Identitätsreaktionen: Weiße, in Wasser leicht, in Alkohol kaum, in Äther schwer lösliche Kristalle von angenehm säuerlichem Geschmack. Beim Erwärmen der wässerigen Lösung auf etwa 45° tritt Geruch nach Formaldehyd auf. Eisenchloridlösung bewirkt in der wässerigen Lösung noch in sehr starker Verdünnung eine violette Färbung. Eiweißlösung wird durch die wässerige Lösung des Hexals gefällt. Mit überschüssigem Bromwasser entsteht in der verdünnten, wässerigen Lösung ein orangegelber Niederschlag. Beim Erhitzen auf dem Platinblech färbt sich Hexal zunächst gelb und verkohlt bei stärkerem Erhitzen unter Aufblähen und Ausstoßen alkalischer, unangenehm riechender Dämpfe. Wird eine Schmelze aus 2 g Soda-Salpetergemisch und 0,3 g Hexal mit Salzsäure aufgenommen und die Lösung mit Bariumchlorid versetzt, so entsteht ein weißer, in Säuren unlöslicher Niederschlag.

Indikationen: Hexal soll bei akuten und chronischen Blasenentzündungen, gleichviel welchen Ursprunges, bei der gonorrhoischen Entzündung des hinteren Teiles der Harnröhre — um die Infektion der Blase zu verhüten —, bei den bakteriellen Erkrankungen der Harnwege, also bei Pyelitis und Pyelonephritis, bei harnsaurer Diathese, harnsauren Ablagerungen in den Nieren und der Blase, angewendet werden.

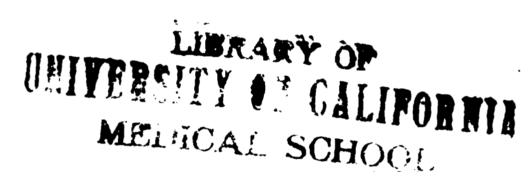
Pharmakologisches: Der günstige Einfluß des innerlich dargereichten Hexamethylentetramins auf die bakteriellen und sonstigen Erkrankungen der Harnwege ist bekannt. Es wurde nun gefunden, daß das Hexal nicht nur (wie die bisher bekannten Salze des Hexamethylentetramins) antiseptisch, sondern außerdem noch stark adstringierend auf die entzündeten Schleimhäute der Gallenwege und der Harnblase wirkt, ohne die Blasenwände, auch nach längerem Gebrauche, anzugreifen; außerdem hat es einen besseren Geschmack und eine stark anästhesierende Wirkung. Bei der klinischen Prüfung wurde konstatiert, daß nach täglichem Eingeben von 2—3 g Hexal die Urinmenge z. B. in einem Falle von 300 ccm auf 1900 ccm und der Säuregehalt des Urins, nach vorheriger alkalischer Reaktin, auf 225 ccm stieg (berechnet auf Verbrauch an ccm n/10- Alkali und Gesamt-Urinmenge pro Tag), ferner, daß der Eiweißgehalt des Urins verschwand und der Urin durchsichtiger wurde, während der Gehalt an Schleim und Eiter zurückging. Die Wirkung tritt beim Gebrauch von Hexal sehr schnell ein; Kranke, die an heftigen Blasenschmerzen litten, empfanden bereits nach einer Stunde ein Nachlassen der Schmerzen. Damit übereinstimmend konnten schon eine Stunde nach Verabfolgung die Komponenten des Hexals im Urin nachgewiesen werden. Im Organismus zersetzt sich Hexal in Sulfosalizylsäure und Hexamethylentetramin; letzteres spaltet weiter Formaldehyd ab. Eine Kumulierung des Mittels findet nicht statt. Aus den bakteriologischen Versuchen geht hervor, daß die antibakterielle Wirkung des Hexals außerordentlich kräftig und intensiver ist, als die des Hexamethylentetramins. Unangenehme Nebenwirkungen werden — auch bei längerem Gebrauche — nicht beobachtet. Bei der Darreichung ist folgende Diät innezuhalten: Schleim- und Milchsuppen, kein Alkohol.

Dosierung: 3—6 mal täglich, tunlichst nach den Mahlzeiten, 1 g oder 2 Tabletten zu je 0,5 g in einem Glase Wasser aufgelöst.

Handelsformen: Glasröhrchen mit 20 Tabletten sowie Gläser mit 50 Tabletten zu je 0,5 g und Gläser mit 10, 25, 50, 100 und 250 g Hexal.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.





30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.
Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 45. | Erscheint wöchentlich zum Preise von 5 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. | 7. Nov.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Die medikamentöse Therapie der Lungentuberkulose in der ambulanten Behandlung.

Von Dr. **Blümel**, Halle a. S. Spezialarzt für Lungen- und Halskrankheiten.

Auswurf. (Schluss.)

Der Kranke wünscht gewöhnlich von uns außer vom Husten auch noch möglichst bald von seinem Auswurf befreit zu werden; er ist aber zumeist zufriedengestellt, wenn wir ihm mitteilen, daß der Auswurf als Produkt des tuberkulösen Krankheitsprozesses doch entfernt werden müsse, daß wir also eine möglichst reichliche Herausbeförderung des in der Lunge abgesonderten Schleims durchaus wünschen, weil der in der Lunge zurückgehaltene Auswurf durch Resorption von Bazillen-Giften dem Körper gefährlich werden könnte. „Also spucken müssen Sie, um gesund zu werden," schließe ich gewöhnlich, mit dem Erfolg, daß nun nicht mehr von mir verlangt wird, den Auswurf umgehend zu beseitigen. Der Auswurf nimmt ja schon von selbst mit dem Fortschreiten der Besserung insofern ab, als je weniger produziert, um so weniger auch zumeist expektoriert wird. Auch hier ist das längere Bestehenbleiben der Krankheitserscheinung insofern unser Bundesgenosse, als es dem Kranken, der sich sonst vielleicht des besten Wohlergehens erfreut, daran erinnert, daß er noch nicht ganz gesund, sondern schonungs- und behandlungsbedürftig ist. Denn es ist bei dem Fehlen jeglicher Krankheitserscheinungen, aber noch immer vorhandenen objektiven Anzeichen (Katarrh) oft schwierig, den Patienten von der Notwendigkeit weiterer Behandlung zu überzeugen.

Bei manchen Phthisen stockt der Auswurf; der Kranke hört selbst seinen „Katarrh", das „Pfeifen und Röcheln", ohne daß sich entsprechend viel „löst". Er wünscht Erleichterung — und wir greifen dann gewöhnlich zu unsern „Expektorantien", von denen die gebräuchlichsten nachstehend erwähnt sind.

1. die zur Kochsalzgruppe gehörenden wie: Chlorammonium, Salmiak, Jodkalium und Jodnatrium.

Die expektorierende Wirkung beruht bei diesen Mitteln auf einer Verflüssigung des Schleims, wie wir sie auch beim Genuß kochsalzhaltiger Brunnen zu stande kommen sehen. Die Medikamente kommen auf der Schleimhaut der Bronchien zur Ausscheidung, und veranlassen



hier die Absonderung einer vermehrten Menge Wasser und kohlensaurer Alkalien, die wiederum durch die Erhöhung der Alkalescenz die Zähigkeit des muzinhaltigen Schleims wesentlich vermindert.

Man verordnet gewöhnlich:

a) Mixtur. solv.
oder
Ammon. chlorat. 5,0
Succ. Liquirit. 5,0
Aqu. dest. ad 200,0
M. D. S. 3 stündl. 1 Eßlöffel voll

b) Sol. Kal. (Natr.) jodat. 5,0 : 150,0
D. S. 3 mal täglich 1 Eßlöffel voll in Milch nach dem Essen.

2. Expektorantia, die zur Gruppe der Emetika gehören, also in größeren Dosen Erbrechen hervorrufen. Ihr Hauptvertreter ist die Rad. Ipecacuanhae. Die Wirkung besteht in Vermehrung der Absonderung der Bronchialschleimhaut und Anregung der Bronchialperistaltik. Man gibt sie gewöhnlich als Infus:

c) Infus. rad. Ipecac. (1,0) 150,0
D. S. 3stündl. 1 Eßlöffel voll

oder man gibt sie kombiniert mit Ammon. chlorat.

d) Infus. rad. Ipecac, (1,0)
et rad. Liquirit. (15,0)
ad colatur. 190,0
Ammon. chlorat. 5,0
D. S. wie c

Zusätze von Morphium und seinen Derivaten sind hier unzweckmäßig, weil sie die Wirkung auf die Peristaltik teilweise wieder aufheben.

3. Kommen die Saponin-haltigen Mittel: Rad. Senegae und die erst neuerdings wieder mehr verordnete Cortex Quillajae, als Dekokte; wie ihre zweifellos vorhandene expektorierende Wirkung zustande kommt, ist noch nicht sicher gestellt.

Meine Ansicht über die Anwendbarkeit aller dieser Expektorantien bei Tuberkulose geht dahin, daß sie hier nicht indiziert sind, abgesehen von dem sehr milde wirkenden Chlorammonium in der Mixt. solv. Sonst üben sie einen viel zu starken Reiz auf die Schleimhaut aus, vermehren allzusehr den Hustenreiz und schädigen obendrein den Verdauungstraktus durch ihre Wirkung auf seine Schleimhäute. Vor allem möchte ich vor der Anwendung des Jodkalis warnen, das bei trockenem Husten keine Besserung, wohl aber Schwellung der Schleimhaut und vermehrte Dyspnoe verursacht; aber ebenso warne ich auch vor Rad. Senegae usw.

Was für Jodkali gilt, gilt auch für seine Ersatzmittel wie Jodglidine, Sajodin, Jodipin, Jodtropon, Jodival, Jodostarin, Projodin usw. So zweckmäßig und heilbringend ihre Wirkungen bei Erkrankung der Bronchien sind, so ungeeignet ist ihre Anwendung oft bei Lungentuberkulose. Auch die Jod-Tinktur, die Spengler vor einigen Jahren empfahl, in der irrigen Annahme, daß Tuberkulose ganz außerordentlich häufig mit Lues kompliziert sei, hat sich mir bei mehrfacher Anwendung als sehr ungeeignet erwiesen.

Anstelle der schleimhautreizenden Mittel kommen die im vorhergehenden Kapitel unter „Husten" ausführlich besprochenen Sedativa zur Anwendung. Sie schalten den trockenen Reizhusten aus,

lassen aber, entsprechend dosiert, die Bronchialperistaltik wieder in Tätigkeit treten, wenn genügend Schleim angesammelt ist, um expektorieren zu können.

Feuchte Brustpackungen sind, wie schon öfter erwähnt, ein mildes, nicht zweischneidiges, manchmal überraschend gut wirkendes Expektorans. In wohltuender Weise wird die Expektoration gefördert durch Tuberkulin-Präparate, deren Wirkung (Sputum-Reaktion) bei der spezifischen Behandlung (diese Zeitschr. 1911) beschrieben wurde.

Auch bei diffusen Bronchialkatarrhen aktiv Tuberkulöser benutze ich selten die Jodpräparate. Hilft mehrere Tage hindurch angewandte Diaphorese nicht, lasse ich mit sehr gutem Erfolg Heißluft-Inhalation vornehmen, mit dem von Adolf Schmidt-Halle a. S. angegebenen Heißluft-Inhalator*) (auf 180° C. erhitzte Luft täglich 1/2 Stunde). Jedenfalls kommen, worauf schon früher hingewiesen wurde, die Kreosotpräparate als Expektorantia wenig in Frage, weil überhaupt nur sehr kleine Mengen — nach Frey's eingehenden experimentellen Untersuchungen überhaupt keine — durch die Lunge ausgeschieden werden. Auf den tuberkulösen Prozeß selbst — das ist schon oben betont worden — wirken Kreosot und seine Derivate direkt überhaupt nicht, ebensowenig das billigere Kreosotal wie das teure, in ungeheuren Mengen verordnete, Patentpräparat Sirolin.

Von anderen „zur Lösung des Schleims" angewandten Mitteln erwähne ich noch kurz die Inhalationstherapie; so wertvoll und reizlindernd sie bei Prozessen, die in den oberen Luftwegen spielen, sein kann, so wenig beeinflußt sie die tuberkulöse Erkrankung der Lunge selbst. Ich bedaure stets, daß selbst Kranke in vorgeschrittenen Stadien manchmal monatelang täglich, weil ihnen dort Besserung oder Heilung in Aussicht gestellt wird, Inhalatorien aufsuchen, die vielleicht von ihrem Wohnort sehr beschwerlich zu Fuß und dann zu Bahn erst erreichbar sind; abgesehen von der Schädigung der Kranken durch die Strapazen der Reise, werden sie damit nur hingehalten und so veranlaßt, die Zeit verstreichen zu lassen, in der eine sachgemäße Behandlung noch hätte helfen können.

Bei Lungentuberkulose ist früher das Terpentinöl viel angewendet worden, fein zerstäubt und in Form von einzuatmenden Dämpfen. In der ambulanten Therapie ist kaum Platz dafür, weil die doch immerhin geringe schleimhautlösende Wirkung bei unseren Kranken vernachlässigt werden kann; anders bei den bettlägerigen, vielleicht auch kehlkopfkranken Phthisikern, wo solche Einatmungen dem Kranken den quälenden Husten erleichtern. Die ätherischen Öle haben ja zweifellos eine auch desinfizierende Wirkung, die aber bei dem Terpentin-Öl verhältnismäßig gering ist. Wesentlich stärker wirkt hier das Limonen (Limonen künstlich rein 0,5 in Gelodurat-Kapseln, 1 Originalschachtel „Pohl"). Ich habe es, weil es in Tropfenform genossen noch lange Zeit unangenehmes Aufstoßen verursacht, in erst dünndarmlösliche Kapseln bringen lassen und gebe es mehrmals täglich bei Bronchitis putrida und bei Lungentuberkulose, aber nur bei übelriechendem Kavernen-Auswurf. Für die ambulante Therapie wird es also immerhin seltener in Betracht kommen.

Ich könnte noch eine Reihe Apparate und Medikamente zur Inhalationsbehandlung erwähnen, aber sie spielen n. m. E., wie schon

*) Zu beziehen von der Elektrizitätsgesellschaft „Sanitas" Berlin NW., Friedrichstr. 131 d.



erwähnt, für die ambulant behandelbare Lungentuberkulose, die nicht durch Kehlkopferkrankungen kompliziert ist, keine wichtige Rolle.

Zur besseren Lösung des Auswurfs ist auch die intramuskuläre Anwendung ätherischer Öle (Eucalyptus- und Menthol-Öl) bei Lungentuberkulose empfohlen worden (Berliner). Ich habe schon vor Jahren diese Therapie auf Grund eigener Erfahrungen als kaum nützlich und teilweise gefährlich abgelehnt.

Auswurf-Untersuchung.

Um sich über Quantität und Qualität des Auswurfs im Laufe der Behandlung ein Bild zu machen, sind regelmäßige Kontrollen notwendig. Man läßt gewöhnlich, anfangs vierwöchentlich, das in den letzten 24 Stunden gesammelte Sputum mitbringen und bestimmt mit Hilfe des Meßzylinders die Anzahl ccm. So hat man stets einen absoluten Anhaltspunkt über Veränderungen der Menge des Sputums, dessen allmähliche Abnahme und schließliches Aufhören ja der Endzweck der Therapie sein muß.

Dann prüft man makroskopisch das Sputum auf Farbe und Konsistenz, um es darauf mikroskopisch auf Tuberkelbazillen zu untersuchen. In den letzten Jahren bediene ich mich zur Färbung der Bazillen der Methode von Carl Spengler, der statt der am meisten gebräuchlichen Gegenfärbung mit Methylenblau eine solche mit Pikrinsäure verwendet. 1. Das Sputum ist ziemlich dick aufzustreichen, 2. über der Flamme zu fixieren und 3. mit Karbolfuchsin wie üblich zu färben. Um eine intensive Rotfärbung zu erzielen, ist es zweckmäßig, das Karbolfuchsin auch nach dem Aufsteigen der Dämpfe nicht sofort abzuschütten, sondern noch ca. 2 Minuten außerhalb der Flamme einwirken zu lassen. Dann abgießen, und 4. auf ca. 2 Minuten in Pikrinsäure-Alkohol bringen. (Essbachs-Reagenz und Alkohol absol. zu gleichen Teilen). Darauf 5. ca. 10 Sekunden entfärben mit 15 Proz. Salpetersäure, dann 6. ca. $1/2$—1 Minuten lang mit reinem Alkohol; um sich davon zu überzeugen, daß die Entfärbung hinreichte, taucht man zweckmäßig den Objektträger noch mal einen Augenblick in die Salpetersäurelösung; das Präparat muß dann möglichst gleichmäßig farblos erscheinen. Zum Schluß 7. gegenfärben mit Pikrinsäure-Alkohol (s. oben) 3—5 Minuten Trocknen.

Ich ziehe die Spengler'sche Methode, die bei einiger Übung sich genau so schnell wie die Methylenblau-Methode ausführen läßt, dieser vor, weil die gelbe Kontrastfärbung die leuchtend rot erscheinenden Bazillen besser hervortreten und erkennen läßt. Anreicherung der Tuberkelbazillen durch das Antiformin-Verfahren, das ich auch mit Erfolg anwende ebenso wie die modifizierte Gramfärbung auf Much'sche Granula, die ich gerne heranziehe, kommen in der Hauptsache für diagnostische Zwecke in Betracht. Die Antiforminmethode — das möchte ich noch kurz erwähnen — kann, auch wo eine Zentrifuge fehlt, angewandt werden: Sputum + gleiches Volumen Wasser + $1/4$ der Gesamtmenge Antiformin. Schütteln 5 Minuten. Absetzen lassen. Nach 4—6 Stunden an das Glas klopfen und vorsichtig drehen, um die gelben Flecken von der Wand zu entfernen. Nach Sedimentieren abgießen, Sediment mit Platin-Öse entnehmen und mit Sputum ausstreichen. —

Bei der Granula-Färbung nach Much können einem zuerst Verwechselungen passieren. Die Färbung ist in der täglichen

Praxis, auch in der Weiss'schen Modifikation, noch etwas umständlich. (s. M. med. W. 1909 Nr. 9).

Die festgestellte Quantität des Sputums und die Menge der vorhandenen Tuberkelbazillen wird zuerst vierwöchentlich, später seltener ins Krankenjournal eingetragen, und bildet so eine Vergleichsskala.

Z. B.

10/8 : 25 ccm (schleimig-eitrig) T. B. VI.
15/9 : 20 „ T. B. V. 21/10 : 18 ccm T. B. V.
28/11 : 15 „ „ „ III. 3/1 : 8 „ „ „ O.
8/3 : 2 (schleimig) T. B. 0 15/5 : 0 Sput.

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Auswurfs soll aber nicht allein auf das Vorhandensein und das Quantum, sondern auch auf die Lagerung der Bazillen (intrazellulär), auf das Vorhandensein von roten und weißen Blutkörperchen und deren Zahl, auf Epithelien geachtet werden. Wir finden in manchen Sputen, die Tuberkelbazillen vermissen lassen, abgesehen von verschiedenen Kokken-, Stäbchenformen und Blutkörperchen, Pflasterepithelien, die gewöhnlich aus der Mundhöhle, auch von den Stimmbändern stammen, und Zylinderepithel, das zumeist in Bronchien, Trachea und Larynx, oder auch in der Nasenhöhle seinen Ursprung hat.

Das Vorhandensein von elastischen Fasern, die man mit Kalilauge (10 Proz.), Essigsäure usw. nachweist, deutet auf Zerfall des Lungengewebes hin. Gefunden werden die Fasern, die sich erhalten, während das andere Gewebe bei käsigem Zerfall zu Grunde geht, zumeist in den „Linsen" des Auswurfs, die von Kavernen-Wänden herrühren.

Handelt es sich um geschlossene, aber doch Auswurf produzierende Tuberkulosen, vergleiche ich auch in gewissen Zeiten die Sputummengen, und stelle die Eiweißfüllungsreaktion an. Sie läßt sich mit zur Entscheidung der Frage verwenden, ob der entleerte Schleim aus Lunge oder eher aus Bronchien und Trachea stammt. Ich nehme die Probe in der Weise vor: einige ccm frisches Sputum — das Sputum muß unzersetzt sein — werden übergossen mit ebensoviel ccm 3 proz. Essigsäurelösung, einige Stunden damit digeriert, filtriert, und unterschichtet mit 5 proz. Ferrocyankaliumlösung. Zeigt sich eine Eiweißscheibe, so ist das n. m. E. allerdings allein niemals ein Zeichen für die Herkunft des Schleims aus den tuberkulösen Lungen. Auch die Schleimmengen, die aus den Nasennebenhöhlen kommen, geben die Eiweißreaktion; besonders stark auch Bronchiektasien und Pneumonien. Aber hier in dem begrenzten Fall, wenn die Reaktion bei Tuberkulösen fehlt, die sie früher hatten, sehe ich das als ein günstiges Zeichen dafür an, daß der Schleim weniger aus der Lunge stammt. Sonst ist der Ausfall der Reaktion für diagnostische Zwecke mit großer Vorsicht zu verwerten. Ihr Vorhandensein beweist ebensowenig das Bestehen einer tuberkulösen Erkrankung — auch nicht, wenn man deren Prozent-Gehalt an Eiweiß (für Tuberkulose angeblich über 2 Proz.) berücksichtigt — als ihr Fehlen gegen Tuberkulose beweisend ist. Denn manche Tuberkulöse expektorieren keinen die Eiweißreaktion gebenden Schleim. Ich habe das an vielen Hunderten von Untersuchungen erfahren; nur wenn ein Sputum, das kaum eitrig ist, trotzdem große Eiweißmengen ausfällen läßt, ist ein Verdacht auf Tuberkulose vielleicht gerechtfertigt.



Die Herztätigkeit.

Die Herztätigkeit ist bei einer großen Anzahl auch ambulanter Patienten zu Beginn der Behandlung beschleunigt; d. h. die Zahl der, sonst regelmäßigen, Schläge ist auf über 100 Schläge pro Minute erhöht. Wie schon früher erwähnt, sind auch Phthisiker Neurastheniker und haben deshalb z. B. ein sehr labiles Vasomotorensystem, der Puls schnellt oft nur in unserer Sprechstunde in die Höhe oder in dem Augenblick, wo wir ihn zählen. Vom Kranken selbst oder von irgend einem andern gezählt, geht er vielleicht langsamer. Davon abgesehen müssen wir die Pulsbeschleunigung einerseits als toxische Wirkung des Tuberkulosevirus, andererseits als solche infolge der Verminderung der respiratorischen Oberfläche ansehen. Toxische Pulsbeschleunigungen bei Anfangstuberkulosen werden gemeinhin als Prognosticum infaustum angesehen; sie sind es nicht immer. Ich sah sogar bei der ambulanten Behandlung manche Frequenz sich — natürlich ohne besondere Herztherapie — auf das normale Maß erniedrigen, nicht im Laufe von Wochen, aber von Monaten, mit der zunehmenden Entgiftung des Organismus. Man erreicht sie am besten durch kombinierte Behandlung, hygienisch-diätetische und spezifische Therapie, wie ich immer wieder erfahren habe. Irgend welche anderen Medikamente anzuwenden, — die die Verminderung der Pulsfrequenz an sich direkt veranlassen sollen — halte ich für unangebracht, denn ein therapeutischer Effekt ist kaum die Folge, wie ich bei vielfacher Anwendung der Digitalispräparate, täglichen Kampferölinjektionen u. a. m. erfahren habe.

Die Beeinflussung der durch Verminderung der respiratorischen Oberfläche verursachten Pulsbeschleunigung ist eher möglich, wenn wir auf medikamentösem Wege für eine vermehrte Expektoration und Vertiefung der Atmung sorgen, wie das früher unter „Husten" und „Auswurf" beschrieben worden ist. Ruhe, ausgedehnte Ruhe kommt für alle Fälle mit Herzbeschwerden besonders in Betracht.

Das Herzklopfen beruht auf denselben hier besprochenen Ursachen also, toxischen, respiratorischen sowie auf psychischen Einflüssen, oft natürlich auf mehreren Faktoren zugleich. Bei seinem Auftreten in der Ruhe ist hier und da eine spezielle Behandlung angezeigt. Die unter „Allgemeinbefinden" empfohlenen Brompräparate — besonders Adalin und Neuronal — (2—3 mal täglich 1 Tablette) haben sich mir gut dagegen bewährt.

Herzanomalien, die nicht auf der Wirkung der Tuberkulose beruhen, sind naturgemäß nicht Gegenstand dieser Zeilen.

Dyspnoe.

Klagen über Dyspnoe sind nicht so selten wie man vielleicht anzunehmen geneigt ist, in dem Glauben, daß die ambulante Tuberkulosetherapie nur berufen sei, sich mit Leichtkranken zu beschäftigen. Das ist aber durchaus nicht der Fall. Erste Stadien sind, wie schon ausgeführt, bei mir in der Ambulanz am wenigsten vertreten; ich sehe mehr dritte Stadien, als erste und zweite zusammen genommen. Das besagt zwar bezüglich der Schwere des Falles außerordentlich wenig. Denn, wie schon früher betont, drückt die Stadieneinteilung bezüglich der Prognose mehr einen anatomischen, weniger einen klinischen Begriff aus. Eine ausgebreitete Erkrankung ist oft prognostisch viel günstiger, als eine zu Beginn der Behandlung räumlich beschränktere.

Das Material der Ambulanz ist aber in der Tat ganz bedeutend schwerer, als das der Volksheilanstalten, in denen eine doppelt, ja dreimal so hohe Zahl geschlossener Tuberkulosen zur Behandlung kommt.

Die Dyspnoe kann eine kardiale sein, auf dem toxischen Einfluß des Tuberkulosevirus auf das Herz und die Blutbeschaffenheit beruhend, oder eine respiratorische, wie oben ausgeführt. Bessert sich die Tuberkulose, bessert sich die Dyspnoe von selbst. Natürlich — und das muß man seinen Kranken von vornherein erklären — läßt sich die Tuberkulose auch bei ausgedehnten Erkrankungen oft heilen, während die Dyspnoe sich nur zum Teil beseitigen läßt. Denn Narbengewebe atmet nicht wie gesunde Lungenbläschen. Heilung und eine funktionelle restitutio ad integrum decken sich hier nicht. Die Kranken sind es aber ebenso wie wir zufrieden, wenn sie das Erste auch ohne das Zweite erreicht haben.

Der Appetit.

Er liegt bei manchen Kranken sehr darnieder; oft ist aber eine unvernünftige Ernährung, oft ein unzweckmäßiges Verhalten daran schuld. So ernähren sich manche Kranke, in dem Glauben, damit kräftig zu essen, ausschließlich von Suppen und Nährmitteln, andere überschwemmen ihren Magen mit Milch (mehr wie 3 Liter den Tag); andere wieder laufen, statt in ihrer freien Zeit der Ruhe zu pflegen, noch herum, um sich „in der frischen Luft“ aufzuhalten, kommen dann müde und abgehetzt zu den Mahlzeiten; wieder andere nehmen die Mahlzeiten unregelmäßig ein. Bei allen diesen Kategorien von „Appetitlosen“ kommt man meist ohne Medikamente aus. Eine gewöhnliche gemischte Kost, regelmäßige Essenszeiten, nicht mehr als ein Liter Milch pro Tag, und vor allem genau dosierte Ruhe und Bewegung, eine regelrechte kurgemäße Einteilung des Tages, helfen bei weitaus den meisten Fällen schon.

Es ist mir immer wieder erstaunlich, was für Änderungen in der Nahrungsaufnahme man in wenigen Tagen bei Patienten erreichen kann, die bis dahin nicht den zehnten Teil des nun verordneten Überernährungsquantums zu sich nahmen. Die Erfolge sogar bei hochfiebernden, schwerkranken Bettlägerigen sind mir täglich ein Beweis dafür, was Verordnung und Aufklärung des Arztes bewirken: „Wenn Sie nichts essen, kann ich Ihnen nicht helfen. Das Quantum müssen Sie essen!“ Und nach acht Tagen verlangen die Kranken diese Mengen, weil sie sonst hungern müßten, ja sie werden manchmal kaum satt daran.

In Fällen, in denen wir auf die beschriebene Weise nicht weiterkommen, müssen wir uns daran erinnern, daß bei Phthisikern häufig eine Gastritis besteht, die sich pathologisch-anatomisch in einem Drüsenschwund, klinisch in einer An- oder Subazidät des Magensaftes (Salzsäuremangel) zeigt. Während in ersten Stadien kaum $^1/_4$ der Tuberkulösen diesen Befund aufweist, finden wir ihn im dritten Stadium fast bei der Hälfte der Kranken. (Permin).

Man verordnet dagegen:

Acid. muriat. pur.

vor dem zweiten Frühstück, der Mittag-, Nachmittag- und Abendmahlzeit je 10 Tropfen in 1 Glas Wasser.

Eine sehr zweckmäßige Form der Salzsäuredarreichung bildet



das A c i d o l (Betainchlorhydrat). Bei der Lösung in Wasser dissoziiert sich sofort das Salz und die Salzsäure wird frei. Es kommt in Tabletten von 0,5 g in den Handel; die Tablette entspricht 4—5 Tropfen Salzsäure. Sie muß in ebensoviel Wasser wie Salzsäure gelöst werden. Man verordnet:

Tablett. venal. Nr. 50
cum Acidol
1 Originalschachtel.

Der Preis ist allerdings gegenüber der Salzsäure ein sehr viel höherer. (10,0 g Salzsäure kosten 0,05 M. Tabletten Acidol = 12,0 g HCL 2,50 M.)

Wenn eine Hypoazidität nicht besteht, — wo das durch Beobachtung der klinischen Symptome und ex juvantibus nicht entschieden werden kann, müssen Magensaftuntersuchungen zu Hilfe genommen werden — verordne ich als S t o m a c h i c u m sehr gerne die D e r i v a t e d e s K r e o s o t s. Daß sie als Spezifika gegen Tuberkulose, d. h. als Desinfizientien der Lunge nicht gelten können, darauf ist schon früher hingewiesen worden. Denn sie werden im Organismus in die antiseptisch nicht wirksame gepaarte Schwefelsäure übergeführt. Ihre Wirkung kann nur eine indirekte sein durch Hebung des Appetits. Sie wirken also als Bittermittel, in der Form der Amara, indem sie die Magen- und Darmverdauung begünstigen, im Darm direkt auch noch fäulnishemmende also antiseptische Eigenschaften entfalten können. Da sie in größeren Mengen genossen — man verordnete früher bei Phthise ständig steigende, außerordentlich hohe Dosen — oft Magenbeschwerden und Erbrechen verursachen, und den Zweck als Stomachika zu wirken, bereits geringere Dosen erfüllen, brauchen nur diese gegeben zu werden. Bei manchen Kranken sieht man, wenn andere Anregungsmittel versagt haben, von den Kreosotpräparaten eine direkt spezifische Wirkung auf den Appetit. Trotzdem kommt in meiner Praxis die Verordnung dieser Mitel, wie überhanpt der appetitanregenden Medikamente — außer Salzsäure — wenig vor; ich komme zumeist ohne sie aus. K r e o s o t selbst, ein Destillat aus Buchenholzteer, wird von den wenigsten Kranken gut vertragen, wegen seiner ätzenden, reizenden Wirkung auf die Magenschleimhaut, auch wenn man es vorsichtshalber, wie alle diese Mittel, nach der Mahlzeit nehmen läßt. Besser ist das im Magen nicht lösliche und daher nicht reizende, erst im Darm in Kreosot und Kohlensäure zerfallende

K r e o s o t a l (Kreosot. carbonicum, Kohlensäureester des Kreosotals.)

Rp. Kreosoti carbonici 20,0
DS. 3 mal 8—10 Tropfen in 1 Eßlöffel Milch nach dem Essen.

Statt des Kohlensäureesters des K r e o s o t s kann man auch den des G u a j a k o l s verordnen (Guajakol ist der wirksame Bestandteil des Kreosots und in ihm zu 60 Proz. enthalten): Duotal-Guajakol carbonicum.

Rp. D u o t a l „H e y d e n“ 50 Tabletten zu 0,5. Originalpackung.
DS. 3 mal tägl. $^1/_2$—1 Tablette,

Mit diesen Kreosotpräparaten komme ich für gewöhnlich aus; wird des Geschmackes wegen — zumeist geschieht es in der Kinderpraxis — das Kreosotal abgelehnt oder erbrochen, gebe ich das O r e s o n (Hauptbestandteil: Guajakol-Glyzerinester, dessen unan-



genehmer bitterer Geschmack durch geeignete Korrigentien gut überdeckt ist). Man gibt 1—2 Teelöffel 3 mal täglich. Das Präparat wird nachweislich zum größten Teil resorbiert und besitzt an sich schon fäulnishemmende Eigenschaften, die bei Duotal und Kreosotal z. B. durch Abspaltung von Guajakol — die findet hier nicht statt — entfaltet werden.

Die schwefelsauren Verbindungen des Guajakols dagegen, die auch in Lösungen mit gut korrigiertem Geschmack im Handel sind, wie Sirolin (10 proz. Lösung von Kal. sulfo guajakolium-Thiokoll), Siran (dieselbe Lösung) und Sulfosotsirup (entsprechende Lösung von kreosot-sulfosaurem Kalium) werden im Organismus überhaupt nicht gespalten, sondern passieren ihn wahrscheinlich unverändert. Sie sind also, wenn nicht als Stomachika — und dazu sind sie reichlich teuer — sonst pharmakologisch unwirksam. Es ist deshalb besonders bedauerlich, wenn für diese Mittel, die fälschlich als Antiphthisika empfohlen werden, noch immer Unsummen ausgegeben werden.

Andere vielbenutzte Kreosotpräparate, die in Pulverform messerspitzenweise 3 mal täglich gegeben werden, sind:

1. Das Eosot (Kreosot. valerianic.)
2. Das Pneumin (Kondensationsprodukt aus Formaldehyd und Kreosot), ein recht gutes Stomachicum.
3. Geosot: (Guajakol valerianic).

Es sind noch zahlreiche andere Präparate ähnlicher Art im Handel, die alle aufzuzählen zu weit führen würde. Erwähnen möchte ich nur noch kurz die Guajakose, die vielfach verordnet wird; es sollen nur 3—4 Teelöffel von ihr genommen werden. Sie hat von kreosotartigen Substanzen nur einen Gehalt von 5 Proz. guajakolsulfosaurem Kalzium, also eines an und für sich kaum wirksamen Präparates. Dabei kosten 125,0 g 3,00 M.; der Wert der Guajakose besteht also in ihrem Gehalt an Somatose, die ein, allerdings teures, Nährmittel (Fleischalbumose) (100,0 g kosten 5,00 M.) ist.

Eisen- und Arsenpräparate sind ebenfalls bewährte Anregungsmittel für den Appetit. Unter „Allgemeinbefinden" ist schon der Wirkung einiger besonders empfehlenswerter Präparate bei Anämie und Chlorose Erwähnung getan worden. Hier möchte ich nur noch auf die ausgezeichneten Wirkungen der arsenhaltigen Brunnen, an erster Stelle auf die Dürckheimer Max-Quelle, unsern arsenreichsten Kochsalzsäuerling, hinweisen, der ca. dreimal soviel arsenige Säure enthält als das Leviko-Wasser. Die Max-Quelle ist trotz des hohen Arsengehalts außerordentlich bekömmlich. Ich habe sie wiederholt mit gutem Erfolg verordnet.

Wo Kreosot- und Guajakol-Präparate abgelehnt werden — sie sind, wie schon betont, nicht überall zu verwenden — kommt vielleicht noch von den Amara einmal zur Verordnung:

Rp. Tct. Strychni 3,0
Tct. Chin. comp. 30,0
DS. 3 mal täglich 30 Tropfen.

Katarrhe des Magens.

Wir können diese Störungen hier nur soweit berücksichtigen, als sie eine häufigere Komplikation bei der ambulant behandelbaren Lungentuberkulose bilden: also die Gastritis subacida und



hyperacida. Über die erste Erkrankung ist schon im vorigen Kapitel gesagt worden, daß wir häufig eine Verminderung der Salzsäuresekretion bei Tuberkulösen sehen. In der ambulanten Therapie, wo direkte Anazidität nicht so häufig ist, bin ich zumeist mit der Verordnung von Salzsäure, wie oben beschrieben, ausgekommen. Besondere Diätvorschriften habe ich kaum zu geben brauchen; unser allgemeiner Kostzettel (s. unter „Hygienisch-diätetische Behandlung", diese Zeitschrift Nr. 43) zeigt ja auch schon gewisse Ähnlichkeiten mit den Grundprinzipien der Diät bei Gastritis subacida: kohlehydratreiche, fett- uud besonders eiweißarme Nahrung. Setzen wir noch an Stelle von Sahne mit Milch, Wasserkakao und Mehlsuppe, nehmen mittags fettfreies Fleisch, zu den anderen Mahlzeiten statt dessen Eier und Kompott, so haben wir schon einen für Subazidität geeigneten Kostzettel.

Viel seltener als Subazidität finden wir bei Phthisikern Hyperazidität, die wir aus den Klagen der Kranken über saures Aufstoßen, Schmerzen in der Magengegend, Speichelfluß, pappigen Geschmack, Sodbrennen, und aus der Magensaftuntersuchung mit ihrem erhöhten Säuregehalt diagnostizieren können.

In manchen Fällen helfen uns medikamentöse Mittel allein, wie doppeltkohlensaures Natron oder die alkalischen Pulver in der Art:

Magnesiae ustae
Natr. bicarb. aa 20,0
Extr. Belladonnae 0,25

mehrmals am Tage eine Messerspitze voll; auch alkalische Wässer wie Fachinger, Appolinaris, Namedy-Sprudel machen manchmal besondere Verordnungen überflüssig. Stärkere Beschwerden bekämpft man zweckmäßig mit: Atropin.

Atropin sulf. 0,01
Pulv et Extr. Gentian. a. s.
ut f. pilul Nr. 20

1—2 mal täglich eine Pille nach dem Essen, zumeist nach der Mittags- und Abendmahlzeit, da die Schmerzen sich gewöhnlich nach den Hauptmahlzeiten einstellen.

In hartnäckigen Fällen, wo wir vielleicht die subjektiven Beschwerden zurückgehen sehen, aber trotz Überernährung einen Stillstand oder Rückgang des Gewichts finden — das muß stets dazu veranlassen, eine Magensaftuntersuchung vorzunehmen — müssen wir besondere Kostvorschriften geben, sekretionsbefördernde Nahrungsmittel meiden lassen. Wir geben also statt gröberer Nahrung Brot, Hülsenfrüchte usw. mehr flüssig-breiige Kost und Fette, die in hervorragendem Maße die Sekretion hemmen, vor allem Butter. Mir hat sich die von Brugsch vorgeschriebene Diät besonders gut bewährt (Diätetik innerer Krankheiten. Springer, Berlin 1911).

Diät-Zettel bei Gastritis hyperacida.

Morgens nüchtern im Bett 1—2 Wassergläser voll Karlsbader Mühlbrunnen.

½8 Uhr ein Glas Tee, ¼ Liter Milch, 4—6 geröstete Zwieback mit dicker Butter.

10 Uhr: 2 weichgekochte Eier, ¼ Liter Milch, lauwarm, mit zwei Eßlöffel Butter verrührt.



1 Uhr: Suppe von Haferflocken, Reis und Hülsenfrüchten, Fisch, Huhn, Kalbfleisch gekocht.

Gemüse, reichlich püriert, wie Karotten, Schoten, Maronen, Blumenkohl usw.

Kartoffelmus mit Milch und Butter.

Flammeri von Gries oder Reis, aus Mondamin oder Puddingpulver.

4 Uhr: wie $^1/_2$8 Uhr früh.

7$^1/_2$ Uhr: Reis- oder Gries- oder Mehlmilchbrei (50 g Reis oder Gries oder Mehl auf 250 g Milch) 8—10 dick mit Butter bestrichene Zwieback.

9 Uhr: $^1/_4$ Liter lauwarme Milch mit 2 Eßlöffel zerlassener Butter.

Die Liegekur ist wie sonst nach der Hauptmahlzeit hier vor allem deshalb zu halten, weil um diese Zeit gewöhnlich stärkere Beschwerden auftreten.

Ich habe bei Tuberkulösen, deren Gewichtszunahme bis dahin trotz reichlicher Nahrungsaufnahme zu wünschen übrig ließ, nach Anwendung des geschilderten Regimes gute Erfolge bezüglich Hebung des Allgemeinzustandes gesehen.

Darmerkrankungen.

Die häufigsten Störungen dieser Art bestehen in Obstipation und Diarrhöen.

Bei der atonischen Form der Obstipation lassen wir unsern allgemeinen Kostzettel (s. vorn) einhalten, streichen nur die Mehlsuppen- und -speisen, Kakao, Gries- und Reisbrei, an deren Stelle saure Milch, Obst, Kompotte, grobes geschrotetes Brot treten. Ein Glas Wasser, früh nüchtern kalt genossen, ist zuweilen ein gutes Anregungsmittel der Darmperistaltik; von geeigneten Broten empfehle ich das „Obstipationsbrot" oder „Zellulosebrot", (Weizenschrotbrot, das ca. 10 Proz. Buchenspäne enthält, zu beziehen von Bäckermeister Langer in Görbersdorf, s. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 27, 1908). Wo Diätvorschriften nicht genügend Erfolg haben, auch durch vermehrte Bewegung und Leibmassage nichts zu erreichen ist, sind milde Einläufe, milde Abführmittel wie Regulin, das neben seiner rein mechanischen Wirkung durch Vermehrung des Kotvolumens auch durch Cascara sagrada wirkt, Friedrichshaller Bitterwasser usw., je nach Lage des Falles, angezeigt.

Bei der spastischen Form der Stuhlverstopfung (bleistiftdünner Kot gegenüber dem die Form der Dickdarmhaustren zeigenden Kot der ersten Art), kommt eine Vermehrung des Kotvolumens, des Kotquantums nicht in Frage; also hier keine Hülsenfrüchte, kein zellulosereiches Brot, überhaupt keine blähenden Speisen (wie Kohl), kein rohes Obst, aber besonders Sahne, Buttermilch, eintägiger Kefir, Yoghurt.

Auch die Neigung zu Diarrhöen, die wir bei manchen Kranken finden, versuchen wir auf diätetischem Wege zu bekämpfen, nachdem wir ihre Ursache erkannt haben. Die kann in einem chronischen Dickdarmkatarrh, einer Gärungsdyspepsie, einer Achylia gastrica, einem Darmulkus, usw. liegen. Im allgemeinen habe ich Dickdarmkatarrhe bei der ambulanten Tuberkulosebehandlung am häufigsten gefunden, so daß ich nur auf sie hier kurz eingehen möchte. Die Ernährung kann hier die übliche bleiben, nur mit der Einschrän-



kung, blähende Speisen (Kohl, Hülsenfrüchte), auch Obst und Kompotte zu vermeiden. Sahne muß eventuell ausgesetzt werden, und die Milch mit Kufeke-Mehl und Wasser gekocht gegeben werden. (S. Kufeke-Kochbuch).

Von Brunnen ist als antidiarrhöisches Getränk Emser Kesselbrunnen, früh nüchtern 50—100 g, leicht angewärmt getrunken, zu empfehlen. Auch Yoghurt-Kuren kommen hier in Betracht.

Nährmittel.

Nährmittel verordne ich in der ambulanten Tuberkulosetherapie, wie schon öfter erwähnt, kaum. Ich komme fast immer ohne sie aus. Wenn sie verordnet werden, soll man vor allem nicht vergessen, daneben auch die übrige Ernährung entsprechend zu regeln. Nach meinen bei stationär behandelten Kranken gewonnenen Erfahrungen empfehle ich Dr. Wanders Ovomaltine, als ein preiswertes, wohlschmeckendes und nahrhaftes Präparat; auch Hygiama und Odda haben sich mir gut bewährt. Die genannten Mittel enthalten neben dem Eiweiß in wesentlich höherem Grade Kohlehydrate, wie wir sie besonders auch in Schiffsmumme und den Malzextrakten wie Maltyl, Maltokrystol in leicht resorbierbarer Form finden (z. B. Maltyl: 1 Eßlöffel = 20,0 g dem Nährwert eines Eies). Ich ziehe, wie erwähnt, die kohlehydratreichen Mittel den reinen oder fast reinen Eiweißpräparaten vor, wenn es sich um Überernährung handelt; auch auf Hebung des Appetits wirken sie im allgemeinen besser.

Aber auch die vornehmlich Eiweiß enthaltenden Mittel finden ihre warmen Fürsprecher. So ist gerade in letzter Zeit das Sanatogen (Glyzerin-phosphorsaures Kaseinnatrium) als Anregungsmittel für unterernährte Lungenkranke empfohlen worden. (Starkloff.) Ich kann es auch empfehlen; man gibt dreimal täglich einen Teelöffel voll. Auch das sehr preiswerte Bioson (Pflanzeneiweiß ca. 70 Proz.) und das gleichfalls sehr billige, geruch- und geschmacklose Plasmon (Milcheiweiß) kommen für unsere Zwecke einmal in Betracht, während Fleischsäfte wie Brunnengräbers gutes Präparat „Carvis" mehr für die stationäre Behandlung ihre Bedeutung haben. Aber, wie schon betont, ich erwähne die Nährmittel für die Anwendung in der ambulanten Therapie nur der Vollständigkeit halber. Im übrigen warne ich nochmals davor, die Mittel für sie zu verwenden, bevor man versucht hat, wie es ohne sie geht. Die Tuberkulosebehandlung muß, um zu einem wirklichen Erfolg zu führen, oft sehr lange ausgedehnt werden; dabei erschöpfen sich von selbst die Mittel mancher Kranken; wieviel eher noch bei unökonomischen Verordnungen.

Nachtschweiße.

Sie lassen sich zumeist ohne Medikamente bekämpfen. Bei der hydriatischen Behandlung ist schon darauf hingewiesen worden, daß nicht zu große Wärme im Schlafzimmer (12—14° C), Ventilation durch offene Fenster während der Nacht, der Gebrauch von Decken statt Federbetten, und ein hydropathischer Umschlag im allgemeinen genügen, die Schweiße zu beseitigen. Ein schweißhemmendes Mittel bei den Nachtschweißen der Phthisiker bildet Alkohol; nach Brehmers Vorschrift: 1 Eßlöffel voll Kognak in Milch genommen. Ich brauche mich bei der ambulanten Behandlung kaum der Medikamente



zu bedienen, während bei der stationären Therapie öfter Agarizin und Atropin angezeigt sind:

Agarizin 0,1
Pulv. Doveri 1,5
Succ Liquir. q. s.
ut. f. pilul. Nr. XV
CDS. abends 1—2 Pillen

Atropin. sulf. 0,01
Pulv. et. Extract. Gentian. q. s.
ut. f. pilul Nr. 30
CDS. abends eine Pille.

Agarizin wirkt langsamer als Atropin; es muß deshalb 5—6 Stunden vor dem erwarteten Ausbruch der Schweiße gegeben werden.

Statt Atropin kann auch das weniger giftige Eumydrin (Atropinum methylnitrat) gegeben werden, und zwar in doppelt so großen Dosen.

Statt der innerlichen Mittel kann man manchmal auch äußerlich zu gebrauchende anwenden, wie Formaldehydsapen (Krewel) (5 Proz.) zu Einreibungen. (1 Originalglas 1,00 M.)

Schlaf.

Der Schlaf wird zumeist durch Husten, dann aber auch durch nervöse Einflüsse gestört sein. Über die Behandlung der durch Hustenreiz verursachten Schlaflosigkeit ist schon unter „Husten" gesprochen worden, auch der Mittel, die für neurasthenische Zustände in Betracht kommen, ist schon Erwähnung getan worden. Speziell gegen nervöse Schlaflosigkeit empfiehlt es sich, die schon erwähnten Mittel: wie Lösungen von Bromsalzen, Neuronal, Adalin, am Abend vor dem Schlafengehen, das Brom in 10 proz. Lösung in Mengen von 1—2 Eßlöffeln, Adalin und Neuronal 1—2 Tabletten zu geben. In manchen Fällen ist es zweckmäßig, die eine Hälfte des verordneten Quantums, oder die ganze Menge, schon am Nachmittag nehmen zu lassen. Gerade bei nervöser Agrypnie ist Trional-Methylsulfonal (Tabl. venales Methylsulfonal 1,0 Nr. X, abends 1 Tablette) zu empfehlen, das aber zu längerem ununterbrochenen Gebrauche nicht geeignet ist.

Bei schwerer Agrypnie kommt das Codeonal in Betracht, dann Veronal, Veronal-Natrium und sein Ersatzmittel: das Acid. diaethylbarbituric. „Hoechst". Ich empfehle wegen ihrer leichteren Löslichkeit und schneller eintretenden Wirkung die Natr.-Verbindungen:

Veronal-Natrium Bayer mit Kakao
1 Originalglas Tabletten (X) zu 0,5 g (= 2,25 M.)
Diaethylbarbitursaur. Natrium „Hoechst" ebenso (= 1,50 M.)

Am Schlusse der Besprechung der symptomatischen Therapie, wie sie sich mir für die ambulante Behandlung als zweckmäßig erwiesen hat, möchte ich noch einmal betonen, daß eine medikamentöse Beeinflussung der Tuberkulose nur indirekt durch Hebung des Allgemeinzustandes und Beseitigung etwaiger Komplikationen möglich ist, und daß die arzeneiliche Behandlung in größerem Umfange nur in den wenigsten Fällen erforderlich ist, zuweilen bereitet sie allerdings erst den Boden für eine ersprießliche hygienisch-diätetische und spezifische



Behandlung. Aber vor einer medikamentösen Polypragmasie soll gewarnt werden; sie verlegt den Schwerpunkt der Therapie zu sehr auf die symptomatische Seite, zum Schaden dessen, was wir nach dem augenblicklichen Stand unserer Erfahrungen eher als kausale Behandlung ansehen müssen.

Referate und Besprechungen.

Bakteriologie und Serologie.

Kafka, V. (Friedrichsberg-Hamburg), **Über die Bedingungen und die praktische und theoretische Bedeutung des Vorkommens hammelblutlösender Normalamboceptoren und des Komplements im liquor cerebrospinalis.** (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 9, H. 2.)

Die von K. gefundene Hämolysinreaktion im Liquor, deren Technik eingehend mitgeteilt wird, bedeutet praktisch in zwei Richtungen einen Fortschritt: sie ist erheblich einfacher anzustellen als die Wassermannsche Reaktion, weil sie Extrakt und Immunambozeptor entbehrlich macht, ohne im Wert dieser Reaktion nachzustehen, da 91 % sicherer Paralysen eine positive Reaktion gaben und dem Verfasser kein Fall von positiver Reaktion bisher vorgekommen ist, bei dem der klinische Befund nicht sehr für Paralyse sprach oder die Sektion die Richtigkeit des Resultates bestätigte. Zweitens gestattet die Reaktion die Unterscheidung der Paralyse vor allem von der Lues cerebri, der Tabes und der multiplen Sklerose, die ebenso wie Nervennormale, Arteriosklerotiker, Neurotiker usw. sämtlich eine negative Reaktion ergaben. Sie kann hier noch klären, wo die Auswertungsmethode versagt. — Der Ambozeptorgehalt des Liquor muß demjenigen des Blutes nicht parallel gehen, kann vielmehr sogar entgegengesetzt sein. Es kann ferner der Ambozeptorgehalt im Liquor positiv sein bei negativer Wassermannscher Reaktion und fehlendem Ambozeptorgehalt im Blut. Eine Veränderung post mortem entsprechend dem verhältnismäßig hohen Komplementgehalt des Leichenserums ließ sich nicht nachweisen. Eine medikamentöse Behandlung scheint den Ambozeptorgehalt des Liquor nicht zu beeinflussen. Das Blutserum der Paralytiker scheint in einer großen Prozentzahl Komplementverminderung aufzuweisen. Zweig-Dalldorf.

Goodall, E. W., Die Ueberempfindlichkeit (Anaphylaxie). (Proc. R. Soc. of Medicine, Bd. V, Nr. 8.)

Zusammenfassung der Beobachtungen über die Anaphylaxie. Sie wird auch durch Stoffe hervorgerufen, die nicht giftig sind, doch scheint sie nur bei Proteinen (Serum, Milch, Bakterienextrakten usw.) beobachtet zu werden, und zwar nur bei artfremden. Die Entwicklung der Anaphylaxie erfordert meist mehr als eine Woche, sie tritt nur in Erscheinung, wenn die zweite Injektion mit demselben Protein erfolgt als die erste, doch kann an Stelle der Injektion auch innerliche Einverleibung treten. Nicht nur bei verschiedenen Spezies, sondern auch Individuen sind die anaphylaktischen Erscheinungen verschieden. Die Anaphylaxie kann durch Impfung von einem Tier auf das andere übertragen werden, und ebenso durch den Kreislauf von dem Muttertier auf den Fötus. Sie soll nicht auftreten, wenn die erste Dosis zehn Tage lang von weiteren Dosen gefolgt ist.

Das praktische Interesse der Anaphylaxie liegt in ihrem Erscheinen bei der zweiten Seruminjektion beim Menschen. Die Dauer der Anaphylaxie soll beim Meerschwein unbegrenzt sein, ob auch beim Menschen, ist nicht bekannt. Bei manchen treten übrigens gleich bei der ersten Injektion Symptome ein, die den stürmischen Erscheinungen der Anaphylaxie sehr gleichen.

Die Deutungen der Anaphylaxie sind bis jetzt nichts als Umschreibungen des Beobachteten und bloße Vermutungen; der Vergleich mit den Infektionskrankheiten ist nicht zulässig. Fr. von den Velden.



Raadt (Malang). **Die bakteriologische Choleradiagnose mittels eines kulturell biologischen Verfahrens.** (Centr. f. Bakt., Bd. 65, H. 4/5.)

Verfasser gibt sich als Autor eines schon längst bekannten und von vielen Seiten nachgeprüften Verfahrens an, das von Bandi für die bakteriologische Choleradiagnose eingeführt wurde. Dieses Verfahren gibt gute Resultate. Referent hat dieses Bondische Verfahren, sowie die neueren diagnostischen Verfahren, die für die Choleradiagnose angegeben sind, einer Prüfung unterzogen. Die Arbeit erscheint in kurzem. Sie enthält auch die Literatur über das Bandische Verfahren. Schürmann.

Bowmann, Winternitz und **Evans, Ueber die vitale Färbung des Tuberkels.** (Centr. f. Bakt., Bd. 65. H. 4/5.)

Die Untersuchungen der Verfasser haben ergeben, daß die Riesenzellen bei frischer Tuberkulose endothelialen Ursprungs sind und daß dieselben eine ausgesprochene Elektivität für den vitalen Farbstoff besitzen. Für chemotherapeutische Bestrebungen sind diese Versuche mit vitalen Farbstoffen von großer Bedeutung. Schürmann.

Allgemeine Pathologie u. path. Anatomie.

Pfeiffer, H. und **Albrecht, O.** (Graz), **Zur Kenntnis der Harntoxicität des Menschen bei verschiedenen Krankheitsformen.** (Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie Bd. 9, H. 3.)

Zu Zeiten lebhaft gesteigerten parenteralen Eiweißzerfalls treten im Harn Giftkörper von hohen und charakteristischen Wirkungen auf, die im Tierversuch wieder das Bild der Eiweißzerfallstoxikose hervorrufen. In der durch die Temperaturreaktion (bei intraperitonealer Einverleibung) ermittelten Giftigkeit des Harns ist eine feine und einfache Methode gegeben, das Vorhandensein von Eiweißzerfallstoxikosen zu ermitteln. Es ergab sich, daß die Toxizität der Harne, gemessen an der Temperaturreaktion, bei Epileptikern in anfallsfreien, nicht zu nahe an Anfällen gelegenen Zeiten wesentlich höher als beim normalen Menschen ist. (Unter physiologischen Bedingungen hat der menschliche Harn wechselnde allgemeine Giftigkeit, im ccm nicht über 400 Gifteinheiten.) Vor einem Anfall sinkt die Toxizität des Harns, so daß gänzlich ungiftige Proben gefunden werden können. Nach dem Anfall, und zwar im Verlauf von einigen Stunden, schnellen die Giftigkeitswerte weit über das Normale, um sich meist einige Tage auf dieser Höhe zu erhalten (z. B. über 1680 Einheiten im ccm). Auch bei der dem. präcox ist die Harntoxizität gesteigert und übertrifft um ein vielfaches die physiologischen Verhältnisse, um bei gleichbleibendem Zustandsbild gleich zu bleiben, bei Besserung zu sinken, bei Verschlimmerung anzusteigen. Ähnlich waren die Ergebnisse bei einem Fall von Chorea minor, nur daß die Giftigkeit hier enorm gesteigert war. Auch beim infektiösen Fieber besteht gesteigerte Harngiftigkeit parallel zur Höhe des Fiebers. Auch wo totes Eiweiß im Körper vorhanden ist (Verbrühung, Gangrän) ist gesteigerte Harntoxizität und event. eine Eiweißtoxikose zu vermuten. Bei nephritischen Prozessen sinkt die Giftwirkung unter die Norm, von fieberahften Attaquen abgesehen. Zweig-Dalldorf.

Innere Medizin.

Langmaad, Fr., Das zyklische Erbrechen. (Practitioner. Bd. 89, H. 1.

Das zyklische, periodische oder anfallsweise Erbrechen hat eine erhebliche Literatur angesammelt, ist aber allgemein wenig bekannt. Es betrifft öfter Mädchen als Knaben und ist auf die Jahre von 2—12 beschränkt und am häufigsten zwischen 5 und 8 Jahren (wenn es nämlich später auftritt, pflegen wir es als Migräne aufzufassen, s. unten, Ref.). Meist handelt es sich um Kinder, die an Enuresis, Pavor nocturnus, nervöser Diarrhoë und dergleichen leiden. Dem Erbrechen pflegt Übelkeit, Schläfrigkeit, Kopfschmerz und verminderter Urin vorherzugehn. Während in leichteren Fällen nach einmaligem Erbrechen Besserung eintritt, ziehen sich schwerere über



Tage, ja Wochen hin und können tödlich ausgehn. Der Zustand gleicht dem diabetischen Koma, der Atem hat Azetongeruch und es besteht heftiger Durst.

Bei der Differenzialdiagnose kommen Meningitis, Darmverschluß und hysterisches Erbrechen in Betracht. Der anatomische Befund ist durch fettige Leberdegeneration, ähnlich der bei Phosphorvergiftung auftretenden, gekennzeichnet.

Dem Zustand liegt zweifellos Toxämie zu grunde, über deren Ursprung man aber nicht im klaren ist. Viele, aber nicht alle, leiden an chronischer Verstopfung; bei vielen tritt in späteren Jahren Migräne auf und eine Familiengeschichte voll Gicht ist ein gewöhnlicher Befund.

Die Behandlung der Intervalle hat sich mit dem Stuhlgang und der Diät zu beschäftigen. Im Anfall ist alle Zufuhr von Nahrung durch den Mund meist vergeblich, doch pflegt warmes Wasser oder schwacher Tee behalten zu werden, und reichliche Zufuhr von Flüssigkeit wirkt günstig, auch wenn das Resultat nur erneutes Erbrechen ist, das wenigstens den Magen auswäscht.

Zu bemerken ist noch, daß man bei solchen Kindern Operationen, die Narkose erfordern, möglichst vermeiden soll. Fr. von den Velden.

Metschnikoff und **Wollmann, Eug.** (Paris), **Desintoxikation des Darms (sur quelques essais de désintoxication intestinale).** (Bullet. méd. 1912, Nr. 49, S. 615/16.)

In der Académie des Sciences berichtete am 10. Juni Metschnikoff über weitere Versuche bezüglich der Darmflora. Bekanntlich betrachtet er das Altern als eine chronische Vergiftung seitens des Darms und zwar erscheinen ihm in erster Linie die Körper aus der Phenol-Indol-Skatolgruppe gefährlich. Fütterungsversuche an Ratten ergaben ihm, daß sowohl reine Fleisch- wie reine vegetabilische Ernährung viel zu viel von diesen aromatischen Giften liefert; relativ am wenigsten liefern die zuckerreichen Runkelrüben, Karotten und Datteln. Auf ein Minimum reduziert sich die Indol-Produktion bei gemischter Nahrung, weil die Gärungsprodukte des Zuckers die Zersetzung der Eiweißkörper hindern. Es handelt sich also praktisch darum, gleichzeitig Eiweiß und Zucker in den Darm zu bringen. Der per os eingeführte Zucker wird indessen so vollständig im Magen resorbiert, daß er im Darm nicht mehr in Betracht kommt.

Metschnikoff suchte deshalb nach einer Methode, Zucker im Darm erst zu bilden, und gelangte dahin mit Hilfe eines amylolytischen Bazillus aus dem Darm des Hundes. Gibt man Fleisch und Kartoffeln — zwei ergiebige Indolquellen — zusammen mit diesem Microbe glycogénique des Hundes, so sinkt die Indolmenge des Urins auf ein Minimum ab. Das diätetische Regime für Ratten setzt sich demgemäß aus Schinken, Kartoffeln, Runkelrüben und Datteln zusammen, welchen der amylolytische Bazillus des Hundes und der milchsäureliefernde Bazillus bulgaricus zugesetzt sind. Für den Menschen empfiehlt M. täglich 2 mal je 60 g Fleisch, 500 g Sauermilch, und Obst, Gemüse, Mehlspeisen nach Belieben, natürlich gleichfalls mit den entsprechenden Quantitäten der genannten Bazillen. Auf diese Weise sei es ihm gelungen, die Darmgifte zum größten Teil zu beseitigen und damit der Intoxicatio senilis vorzubeugen.

Wie viele Menschen er so vor dem Altern bewahrt hat, läßt sich natürlich noch nicht angeben. Dazu ist die Versuchszeit noch zu kurz.

Buttersack-Trier.

Nicolle, Ch., Conner, A., Conseil, E. (Paris), **Intravenöse Injektion lebendiger Cholera-Vibrionen.** (Academie des Sciences. 24. Juni 1912.)

Die Experimentierwut treibt oft merkwürdige Blüten. Da kamen die 3 Assistenten des Institut Pasteur in Paris auf den Einfall, 36 gutmütigen Menschen (Männer, Frauen, Kinder) des Instituts Aufschwemmungen des Cholera-Vibrio intravenös zu applizieren. Resultat: die Leute bekamen keine Cholera, keine Diarrhoe; in den Fäzes fanden sich niemals Vibrionen.

Die Probe, ob die Versuchsmenschen nun wirklich gegen Cholera gefeit



sind, wurde nicht gemacht. Die 3 Forscher beschränkten sich darauf, bei einigen wenigen die Antikörper zu bestimmen. —

Die Académie des Sciences hörte diese epochale Mitteilung ruhig an. Aber ich bin überzeugt: wenn Louis Pasteur noch lebte, hätte er gegen diese Entweihung seines Instituts und seines Namens energisch Front gemacht. Man erkennt daran die Richtigkeit des arabischen Spruches: „Das Sinken der Wissenschaft ist ein kleineres Übel als der Tod ihrer Meister.“ Buttersack-Trier.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Chomolgoroff, S. S., Die vaginale Sectio caesarea zur raschen Beendigung der Geburt oder Unterbrechung der Schwangerschaft? (Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn., Juli 1912.)

Kurzer Bericht über 22 Fälle von vaginalem Kaiserschnitt aus verschiedenen Indikationen. Im Ganzen starben 5 Frauen, aber keine an den Folgen der Operation, sondern an Eklampsie, Herzfehler und akuter Nephritis. Von den 26 Kindern kamen 9 lebensfrisch, 11 asphyktisch; sie wurden wieder belebt, aber nur 6 von ihnen konnten lebend entlassen werden. — 17 mal genügte die Spaltung der vorderen Zervixwand nicht, es mußte die der hinteren zu Hilfe genommen werden; dabei kam es niemals zu einer Eröffnung des Douglas. Bei Eklampsie und Plazenta praevia sei die Methode in der Klinik sehr zu empfehlen. Sitzt im letzteren Fall die Plazenta vorn, so will Ch. nach Ablösung der Blase die Parametrien abklemmen. Es gebe noch eine Reihe anderer, aber selten vorkommender Indikationen.

R. Klien-Leipzig.

Warnekros, Ueber die Häufigkeit sarkomatöser Veränderungen in Myomen. (Aus d. Univ.-Frauenklinik in Berlin.) (Arch. f. Gyn., 97. Bd. 2. Heft, 1912.)

Eine Warnung vor prinzipieller Röntgenbehandlung der Myome. Unter 78 post operationen mikroskopisch eingehend untersuchten Myomen fand W. nicht weniger als 7—10 %, welche in irgend einem Teil Sarkom aufwiesen. Klinisch ist die Diagnose hierauf nicht zu stellen, wenn auch Blutungen nach bereits eingetretener Menopause Verdacht erwecken sollen. Ebenfalls zur Vorsicht mahnt die weitere Mitteilung, daß Bumm unter 200 operierten Myomfällen 4 mal = 2 % Sarkomrezidive beobachtete. Da naturgemäß nicht jedes sarkomatöse Myom, welches operativ entfernt wurde, zu einem Rezidiv im Zervixstumpf Veranlassung geben wird, so dürfte diese letztere Zahl mit der ersteren in Einklang stehen. Diese Erfahrungen sprechen übrigens auch dafür, daß man der Totalexstirpation den Vorzug über die supravaginale Amputation geben soll. R. Klien-Leipzig.

Weill, P. Em. (Paris), **Les menorragies de la puberté.** (Bullet. medical 1912, Nr. 53, S. 657—659.)

Unter dem Einfluß der Morgagnischen Doktrin, daß jede Krankheit ihre bestimmte Sedes haben müßte, hat man vielfach für die Pubertäts-Menorrhagien eine Erkrankung des Uterus oder der Ovarien angenommen. Das Dogma hat den Forschern da manches Wahngebilde vorgegaukelt. Demgegenüber erklärt Weill: in vielen Fällen liegen keine Lokalveränderungen vor; die Menorrhagien sind durch dyskrasische Zustände bedingt. Zum Beweise dieses Standpunktes führt er folgende Momente an: 1. Neben den Menorrhagien bestehen auch noch anderweitige Neigungen zu Blutungen: Epistaxis, Purpura. 2. Diese letzteren gehen erfahrungsgemäß den katamenialen Blutungen voraus. 3. Die hämorrhagische Diathese ist ererbt und zwar jedesmal mütterlicherseits. Hämophile Antezedentien beim Vater hat Weill nie finden können. 4. Bei solchen Mädchen ist das Blut verändert, hauptsächlich in seiner Gerinnfähigkeit: ein kleiner Einstich — 1 bis 2 mm — ins Ohrläppchen hört beim normalen Menschen nach 3 bis 3½ Minuten auf zu bluten; beim menorrhagischen Mädchen aber erst nach erheblich längerer Zeit, bei einem erst nach 90 Minuten. 5. Sehr häufig finden sich neben den Menorrhagien allerhand Entwicklungsstörungen: Infantiler Wuchs, Fettleibigkeit, Frühreife.



Therapeutisch hat Weill vielerlei probiert. Von den Organpräparaten haben ihm Schilddrüsentabletten relativ am besten gefallen. Als sicherstes Mittel nennt er frisches Blutserum, teils in Injektionen (alle zwei Monate 20 ccm), teils als Lavements oder vaginale Injektionen. Mitunter hilft das Serum prompt, mitunter muß es lange Zeit hindurch angewendet werden.
Buttersack-Trier.

Weitzel, Fritz, Ueber die Bedeutung des Blutverlustes bei gynäkologischen Operationen. (Aus der Berliner Frauenklinik.) (Arch. f. Gyn. 97. Bd., 2. Heft. 1912.)

Es ist nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch hinsichtlich der Prognosenstellung und der Entscheidung, ob und wie zu operieren ist, von Wert, den durchschnittlichen Blutverlust bei verschiedenen gynäkologischen Operationen zu kennen. W. hat nach einer von Rübsamen angegebenen Methode den mittleren Blutverlust für vaginale Operationen auf 256 ccm (61—617 ccm), für Laparotomien auf 38 ccm (7—182 ccm) berechnet. Bei der abdominalen Radikaloperation nach Wertheim betrug der Blutverlust zwischen 275 und 1988 ccm. R. Klien-Leipzig.

Lewers, A. H. U., Zerbrochener Glaskatheter in der Blase. (Proc. R. Soc. of Medicine, Bd. V, Nr. 8.)

Das Unglück war während einer Wehe passiert und mahnt zur Vorsicht im Gebrauch der Glaskatheter. In der Diskussion wurde ein ähnlicher Fall erwähnt, der sich zutrug, als die Kranke mit dem Katheter in der Harnröhre vom Operationstisch gehoben wurde.
Fr. von den Velden.

Lockyer, C., Entfernung eines Uterus nach „utriculoplastik". (Proc. R. Soc. of Medicine, Bd. V, Nr. 8.)

Der Fall zeigt, daß die Utriculoplastik, d. h. die Verkleinerung des Uterus durch Ausschneiden eines Keils aus der vordern Wand, kein unfehlbares Mittel gegen Menorrhagie ist. Die Menorrhagie bestand in solchem Grade fort, daß der Uterus exstirpiert werden mußte, zumal Hämorrhagie aus dem Rektum auftrat (offenbar Menstruatio vicaria, da keinerlei Abnormität im Rektum zu finden war, Ref.).

In der Diskussion sprachen sich auch andere Gynäkologen gegen die Brauchbarkeit der Utrikuloplastik aus. Fr. von den Velden.

Psychiatrie und Neurologie.

Häffner, R. (Charlottenburg), **Beziehungen zwischen Menstruation und Nerven- und Geisteskrankheiten auf Grund der Literatur und klinischer Studien.** (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 9, H. 2.)

Die eine Beantwortung einer Tübinger Preisaufgabe darstellende Arbeit bewegt sich reichlich auf der Oberfläche und wird in erster Linie ihrer Literaturzusammenstellung wegen hier erwähnt. Die Menstrualpsychose als streng abgegrenztes Krankheitsbild kann nicht anerkannt werden. Menstruationsanomalien bei Tumoren des Gehirns werden auf Erkrankung der Hypophyse entweder direkt oder indirekt durch Druckwirkung infolge Nachbarschaft der Neubildung oder durch Vermittelung eines Hydrozephalus zurückgeführt. Event. könnte man zur Erklärung der Menstruationsstörungen bei allen nervösen Erkrankungen eine Affektion eines hypothetischen nervösen Zentrums für die Menstruation annehmen. Zweig-Dalldorf.

Savage, Sir G. H. (London), **Ueber einige Beziehungen zwischen Krampfanfällen und geistigen Störungen.** (Practitioner, Bd. 89, H. 1.)

Je früher und je häufiger Krämpfe bei Kindern auftreten, desto gefährlicher sind sie dem Verstand. Wechseln die Krämpfe mit Zornanfällen, so sind sie besonders verderblich; nicht selten leiten sie zu Epilepsie über. Epileptische Anfälle werden noch häufiger als Geisteskrankheiten vererbt. Sehr selten wird beobachtet, daß Epileptiker sich nach einem Anfall geistig wohler fühlen und klarer sind. Es gibt viele Epileptiker ohne alle geistige Störung, ja solche, die unter epileptischen Anfällen bis ins höhere Alter

die geistige Gesundheit bewahren. Im allgemeinen aber handelt es sich im mittleren Alter, wenn Epilepsie auftritt, mehr darum, das Leben durch Schwierigkeiten durchzusteuern als therapeutisch einzuwirken. Heiraten von Epileptikern soll man verhindern.

Menschen mittleren Alters, bei denen ein kurzer Bewußtseinsverlust beobachtet wird, sind hochverdächtig auf Paralyse. Oft werden Paralytiker mit dem Auftreten von Anfällen ruhig und lenkbar. Selbst in diesem Stadium sind nicht wenige Paralytiker noch dispositionsfähig, doch ist es im einzelnen Fall sehr schwer sich darüber zu erklären.

Nach Apoplexien ist der geistige Defekt oft mehr scheinbar als wirklich, selbst Paraphasie und Aphasie sind kein sicheres Zeichen der Unmündigkeit. Fr. von den Velden.

Friedmann, M. (Mannheim), **Zur Kenntnis der gehäuften nicht epileptischen Absenzen im Kindesalter.** (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **Bd. 9, H.** 2.)

F. hat schon vor Jahren auf solche Fälle hingewiesen. Die weitere Beobachtung derselben im Verein mit weiteren neuen hat seine Vermutungen bestätigt, daß es sich hier nicht um epileptische Erkrankungen handelt, sondern um „nervöse Absenzen". Charakteristisch ist, daß das Leiden bei sonst gesunden und nicht besonders nervösen Kindern entsteht und zwar annähernd plötzlich nach einer Aufregung, daß es sich einzig und allein durch das eine Symptom der Absenzen äußert bei übrigem ungestörtem und ungestört bleibendem geistigen und körperlichen Wohlbefinden, daß die untereinander gleichen Anfälle immer von Anfang an in starker Häufung (bis 100 mal täglich) auftreten und der Verlauf event. intermittierend (z. B. jährlich nur 2–3 Wochen lang) sich bis zu 8 Jahren erstreckt. Die Anfälle selbst stellen kurze Bewußtseinstrübungen von 10—20 Sekunden Dauer dar, bei welchen das Selbstbewußtsein erhalten bleibt, so daß die Kinder das Kommen und Verschwinden der Anfälle merken, dabei ist die Fähigkeit zu willkürlicher Bewegung und zu sprechen aufgehoben. Die Haltung der Kinder im Anfall ist durchweg die gleiche, sie verharren sitzend oder stehend mit schlaffen Gliedern, event. in den Knien etwas einsinkend, oder sie machen steife windende Vorwärtsbewegungen, die Augen sind stets starr nach oben gerichtet und die Lider zwinkern einige Male. Wiederholt kamen einzelne Anfälle auch im Schlaf vor, die Kinder wachen dann zuvor auf und richten sich auf. Die ganze Entwicklung der Kinder bleibt ungestört. Nur in einem Fall haben sich am Schluß der Erkrankungszeit zwei epileptiforme Anfälle ereignet. Von der Epilepsie unterscheidet sich das Symptomenbild durch die Häufigkeit der Anfälle und durch das erhaltene Bewußtsein, ferner durch das Isoliertbleiben, während bei der Epilepsie zwischen den einfachen Absenzen stets solche kompletterer Art beobachtet werden und sich meist binnen 1–2 Jahren, mindestens in der Nacht, typische Krampfanfälle einstellen. Gegen die epileptische Natur sprechen auch ähnliche Beobachtungen bei Erwachsenen, wo bei verschiedenen nervösen Zuständen (Hysteroneurasthenien, jugendliche nervöse Chlorosen, Kommotionsneurosen, arteriosklerotische Neurasthenien, bei letzteren neben anderen Bewußtseinsstörungen) regelmäßig wiederkehrende Anfälle von kurzen Absenzen auftraten, derart, daß die Betreffenden auf kurze Momente (10 Sekunden bis 1 Minute) meist mitten in einer Kopfarbeit geistig stille stehen, daß sie dann nichts denken und sprechen können, während sie sich ganz wohl von dem Zustand Rechenschaft geben können. Sie können den Zustand auch verhindern, wenn sie beim Herannahen desselben sich rasch kräftig zusammen nehmen oder rasch aufstehen und herumgehen. Diese Absenzen verschwinden mit den Exazerbationen des nervösen Grundleidens. Spuren epileptischer Art waren nicht nachweisbar, ebenso war eine antiepileptische Behandlung wirkungslos. Bei einem Kind wurde auch 2 mal ein einstündiger Schlafanfall beobachtet, bei einem andern die geschilderten Absenzen in der Nacht mit Pupillenstarre. — Es handelt sich aber auch um keine rein hysterischen Zustände, wenn auch hysterische Komponenten dabei unverkennbar sind. Gegen die reine Hysterienatur spricht die Hartnäckigkeit und



Isoliertheit der Störung, der Umstand, daß sie manchen Kindern direkt lästig sind, ferner das Vorkommen nächtlicher Anfälle mit Pupillenstarre und vor allem die in jüngster Zeit von Mann bei diesen Kindern gefundene Steigerung der elektrischen Erregbarkeit an den peripheren Nervenstämmen, ein an die spasmophilen Zustände erinnerndes Symptom. Das Bestehen eines eigenartigen nervösen Überreizungszustandes im Gehirn muß also vorausgesetzt werden (daher Bettruhe oder Aufenthalt an der See oder im Gebirge günstig) wozu aber noch vasomotorische Schwankungen im Gehirn kommen müssen. In der Hauptsache scheint also zum Eintritt der „gehäuften kleinen Anfälle bei Kindern" das Zusammentreffen eines spasmophilen Zustandes mit einer hysterischen Disposition angenommen werden zu müssen. In der Regel tritt die Heilung bis zur Pubertät ein. 4 Krankengeschichten werden ausführlicher mitgeteilt. Zweig-Dalldorf.

Schuppius (Gehlsheim-Rostock), **Ueber Schreibstörungen bei Epileptikern.** (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 9, H. 2,)

Sch. bringt 10 Fälle verschieden schwerer Schreibstörung nach dem epileptischen Anfall. Den Hauptgrund für dieselben ist er geneigt in Aufmerksamkeitsstörungen zu erblicken. Im übrigen ist die Schwere der Störung bei demselben Kranken nach den einzelnen Anfällen verschieden, und man hat vielleicht in der Größe der formalen Abweichungen einen Maßstab für die durch den Anfall zweifellos gesetzte muskuläre oder kortikale Ermüdung und damit für die Schwere des Anfalls selbst. Die beiden einzigen Fälle, in denen Schreibstörungen fehlten, waren Epilepsien auf traumatischer resp. alkoholischer Basis. Zweig-Dalldorf.

Krabbe, K. (Kopenhagen), **Über Paralysis agitans ähnlichen Tremor bei Dementia paralytica.** (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 9, H. 5.)

Im Anschluß an einen paralytischen Anfall entwickelte sich ein Tremor, der anfänglich dem Intentionstremor ähnelte (so weit dies aus der Angabe des Kranken geschlossen werden konnte), später auch in der Ruhe bestand und durch Intention verstärkt wurde, dann verschwand das letztere Moment. Ursprünglich war derselbe arhytmisch und wurde nachher rhythmisch. Zuerst war der Tremor springend über verschiedene Muskelgruppen verteilt, um weiterhin in das monotone Pillendrehen usw. überzugehen. Stets fand der Tremor sich nur rechts, zuletzt nur noch im rechten Arm. Hinsichtlich Charakter und Verlauf zeigt der beobachtete Tremor weitgehende Übereinstimmung mit dem bei der Pseudoparalysis agitans posthemiplegica beobachteten. Den posthemiplegischen Tremor hat man durch eine Destruktion des nucleus ruber und der rubrospinalen und rubrocerebellaren Bahnen erklärt. Halbseitiger Paralysis agitans Tremor ist ferner bei Tumoren oder Encephalomalacien in den Pedunculi cerebri bekannt. An sein Vorkommen bei dem. paral. muß man also denken, zumal es ja, wie im vorliegenden Fall, Paralysen mit anfangs negativem Wassermann und wenig hervortretenden körperlichen Symptomen gibt. Zweig-Dalldorf.

Jeanselme, E. und **Chevallier, P.** (Paris), **Recherches sur les meningopathies syphilitiques secondaires cliniquement latentes.** (Revue de Medecine, XXXII. Jahrg. 1912. Nr. 5, 6, 7, 8.)

Mit Hilfe der Zählkammer von Nageotte gelingt es, in kürzester Frist auch eine ganz geringfügige Lymphozytose des Liquor cerebrospinalis zu erkennen und die einzelnen Elemente zu spezifizieren. Mit Hilfe dieser Methode ergibt sich dann, daß eine Reaktion der Meningen im 1. und 3. Stadium der Lues selten, im zweiten dagegen fast die Regel ist. In diesem Stadium kann der Nachweis einer Lymphozytose sogar diagnostisch ausschlaggebend sein.

Klinisch braucht diese Reizung entweder gar nicht, oder nur mit ganz unbestimmten Symptomen in die Erscheinung zu treten: heftiges, bohrendes, periodisches (abendliches) Kopfweh, allgemeine Abgeschlagenheit, Nackenschmerzen, Parästhesien, Ohrensausen, Ameisenlaufen, Aufhebung der Patellarreflexe, aber alles nicht dauernd, sondern wechselnd. Die Stärke der Erscheinungen hat mit der Stärke der Lymphozytose nichts zu tun.



Es ist wahrscheinlich, daß diese meningeale Reizung das Vorstadium späterer sklerosierender Prozesse ist.

Ein sicheres Parallelitätsverhältnis zwischen Lymphozytose und Hautsyphilitiden existiert nicht.

Durch Quecksilber sind die Meningealerscheinungen viel weniger zu beeinflussen als die Hauteruptionen. 606 übt keinen nachteiligen Einfluß auf die syphilitisch erkrankten Rückenmarkshäute aus, bringt sie im Gegenteil bei genügend langer Anwendung zur Heilung. Am rationellsten ist eine kombinierte Therapie mit 606, Quecksilber und Jod. Sie ist jedenfalls niemals schädlich. Buttersack-Trier.

Heilig, G. und **Steiner, G.** (Straßburg), **Zur Kenntnis der Entstehungsbedingungen der genuinen Epilepsie.** (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 9, H. 5.

Die genuine Epilepsie scheint nur in Linkshänderfamilien vorzukommen, in denen auch Sprachstörungen bedeutend häufiger sind als in den Familien der reinen Rechtshänder. Diese Trias eng verwandter Erscheinungen kann in diagnostischer Hinsicht wichtig sein zur Klärung der Natur von Krampfanfällen. Die funktionelle Varietät der Linkshändigkeit steht also in Beziehung zu den hereditären Grundlagen, ohne welche sich eine genuine Epilepsie nicht entwickeln kann. — Die Untersuchungen wurden an Soldaten angestellt. Mitteilung der Fragebogen. Zweig-Dalldorf.

Mollweide, K. (Rufach), **Die Dementia präcox im Lichte der neueren Konstitutionspathologie.** (Ebd.)

In den letzten 2 Jahrzehnten beginnt man auch in Deutschland wieder der konstitutionellen Anlage als ursächlichem Erkrankungsmoment eine erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die angeborene konstitutionelle Minderwertigkeit kann auf einzelne Organe beschränkt sein und entweder durch die normale Funktionsspannung allein oder erst durch das Hinzukommen besonderer schädigender Momente zu Ausfällen führen. M. nimmt an, daß ebenso wie Körperorgane und die unteren Teile des Zentralnervensystems ab ovo geschwächt sein können (familiäre Herzinsuffizienz oder heredofamiliäre Rückenmarkserkrankungen) auch gewisse Teile der Hirnrinde zu primärer Degeneration disponiert sein können. Hierfür scheint die familiäre amaurotische Idiotie z. B. zu sprechen und unter den eigentlichen Psychosen infolge mancher Ähnlichkeiten hinsichtlich des hereditären Faktors, der histologischen Befunde und des Verlaufs die dem. präcox. Auffallend häufig findet man bei dieser Alkoholismus in der Aszendens der Eltern oder Großeltern. Die frühzeitige Erkennung einer solchen minderwertigen Anlage würde in prophylaktischer Hinsicht durch die Vermeidung schädigender Einflüsse vielleicht den Ausbruch der Erkrankung verhindern können.

Zweig-Dalldorf.

Luther, A. (Lauenburg), **Ueber das Vorkommen chronischer Alkoholhalluzinosen.** (Ebd.)

Es gibt eine chronische in unkomplizierter Form allerdings recht seltene Alkoholhalluzinose. Allerdings trifft auch Alkoholismus sehr oft mit dem. präcox zusammen. Als wichtigste Unterscheidungsmerkmale der reinen chron. Alkoholhalluzinosen gegenüber der dem. präcox kommen in Betracht die Entstehung aus wirklich akut, ohne hypochondrisches Vorstadium einsetzenden und ohne Beimengung katatoner Symptome verlaufenden Psychosen von rein alkoholischen Symptomenkomplexen, das Erhaltenbleiben dieser Symptome im chronischen Verlauf, das Ausbleiben von intestinalen hypochondrischen Sensationen und Veränderungen des Persönlichkeitsbewußtseins, das Erhaltenbleiben der gemütlichen Ansprechbarkeit und das Fehlen der für dem. präc. charakteristischen Störungen. Das Auftreten von Geruchs- und Geschmackshalluzinationen hat bei Entstehung auf halluzinatorischem Wege keine Bedeutung. Zweig-Dalldorf.

Sträussler, E. (Prag), **Ein Fall von passagerer, systematischer Sprachstörung bei einem Polyglotten, verbunden mit rechtsseitigen transitorischen Gehörshalluzinationen.** (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 9, H. 5.)

Bei dem 1895 luetisch infizierten Kranken traten von 1906 an Erscheinungen auf, welche auf eine spezifische basale Meningitis hinwiesen



(bes. Doppelsehen und Gesichtsfelddefekte) mit Besserung durch spezifische Behandlung. 1910 Ameisenlaufen in der rechten Zungen- und Gesichtshälfte und in der rechten Hand und leichtem, ohne Bewußtseinsstörung mit Spracherschwerung einhergehenden Anfall. Ähnliche Anfälle z. T. mit kurzer Bewußtlosigkeit wiederholten sich ebenso die Sehstörungen. Einmal schloß sich an die oben geschilderten Parästhesien bei völlig klarem Bewußtsein ein Zustand an, in welchem der deutsche Kranke nur französisch und zwar dies richtig antworten konnte, während er auch das zu ihm in deutscher Sprache gesprochene verstand. Nach einigen Minuten war die Fähigkeit, sich in deutscher Sprache auszudrücken, wiedergekehrt. Am nächsten Morgen traten peinigende Gehörstäuschungen ein, deren Irrealität er sich bewußt war, und zwar traten die gleichen Gehörsempfindungen in mehrfacher Wiederholung ein und wurden ins rechte Ohr lokalisiert. Psychische Ermüdung schien dem Auftreten der Halluzinationen Vorschub zu leisten. Schmierkur mit gleichzeitigen hohen Joddosen brachte die Halluzinationen völlig zum Schwinden. Sprachstörung sowohl wie Sinnestäuschungen sind als Herdsymptome aufzufassen, die letzteren als ein Reizzustand im linken Schläfenlappen, die erstere als eine Affektion der Sprachregion und der amnestischen Aphasie zuzurechnen, indem der Sprachdefekt für deutsch auf eine Störung der Wortfindung zurückzuführen ist. Dafür sprach auch noch der von der Erkrankung zurückgebliebene, durch eine Erschwerung der Findung von Eigennamen charakterisierte Defekt. Die Ursache der erwähnten an einen sensiblen Jackson sich anschließenden Störungen sind wohl ebenfalls luetische Prozesse. Eine Paralyse besteht nicht. Zweig-Dalldorf.

Pickenbach (Berlin), Peripheres Trauma und multiple Sklerose. (Med. Klinik 1911, Nr. 15.)

Ein 40 Jahre alter Arbeiter T. erlitt am 22. Juni 1899 dadurch einen Unfall, daß er beim Verlassen der Arbeitsstätte auf der Treppe ausglitt, sich im Fallen auf den rechten Arm stützte und sich dabei eine Muskelzerrung zuzog. — Am 2. Oktober 1899 wurde das erste ärztliche Gutachten überhaupt und dies von einem Nervenarzte erstattet, aber nur eine Versteifung des rechten Schultergelenkes mit Schwund der Schulterblattmuskulatur festgestellt und T. mit einer 50 %igen Rente im Januar 1900 entschädigt. — Mitte Dezember 1902 erhielt die Berufsgenossenschaft von dem Verletzten ein Schreiben, worin er behauptete, wegen Schmerzen am rechten Arm nicht mehr arbeitsfähig zu sein, und dem er ein nervenärztliches Attest beilegte, nach welchem er an einer ausgesprochenen multiplen Sklerose litt, und worin ferner ausgeführt wurde, daß sich zwar ein Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Nervenleiden nicht beweisen ließe, doch aber die Wahrscheinlichkeit für diesen Zusammenhang vorhanden sei, da so etwas erfahrungsgemäß schon vorgekommen sei. — Der nun gefragte Vertrauensarzt der betr. Berufsgenossenschaft sprach sich zwar gegen den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Rückenmarksleiden aus, gab aber die Ansicht kund, daß es nicht ausgeschlossen sei, daß die Unfallverletzung den Ausbruch des Leidens beschleunigt habe. — Das Schiedsgericht erkannte ohne Anhörung eines dritten Arztes darauf hin den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Nervenleiden für vorliegend an und sprach dem T. die Vollrente zu. Einige Jahre später, 1908, wurde P. zur Begutachtung des Falles aufgefordert; er begutachtete die durch die eigentlichen Unfallsfolgen (Versteifung des rechten Schultergelenkes) bedingte Verminderung der Arbeitsfähigkeit auf 50—60 %, sprach sich im übrigen gegen den ursächlichen Zusammenhang zwischen multipler Sklerose und Unfall aus, vor allem deswegen, weil zu lange Zeit zwischen dem Ausbruche des Leidens und dem Unfalle verstrichen war und auch aus Gründen innerer Unwahrscheinlichkeit. (Verhältnismäßig geringfügige Verletzung, insbesondere keine Verletzung des Kopfes und Rückens bei dem Unfall.) Trotz dieses Gutachtens, in dem P. seine Ansicht deutlich äußerte, konnte an der Sachlage nichts geändert werden; das Schiedsgericht für Arbeiter-



versicherung entschied: das erste Urteil ist rechtskräftig geworden, mithin steht es rechtskräftig fest, daß das Rückenmarksleiden eine Folge des Unfalles ist. Ob sich ein ärztlicher Sachverständiger noch in der Verhandlung geäußert hat, steht nicht fest; in den Akten ist jedenfalls dessen Ansicht nicht niedergelegt. — P. hebt mit Recht hervor, daß in diesem Falle nicht der Arzt bezw. die Medizinische Wissenschaft, sondern der Jurist und die Prozeßordnung über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Unfall entschieden habe und weist darauf hin, daß, wenn die Sache von der Berufsgenossenschaft gleich anfangs im Instanzwege an das R. V. A. gebracht worden wäre, die Entscheidung wahrscheinlich anders ausgefallen sein würde. R. Stüve-Osnabrück.

Cramer (Göttingen), Begutachtung der nervösen Unfallerkrankungen sowie der nervösen Beamten. (Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 12.)

1. Nervöse Störungen nach Trauma treten weitaus am meisten bei solchen Individuen auf, bei denen eine nervöse Disposition, eine endogene Veranlagung vorhanden ist.

2. Es gibt weder eine besondere Unfallneurose noch sonst eine spezifische nervöse Erkrankung, die nur nach Trauma entstehen kann.

3. Die zur Begutachtung kommenden Fälle von nervösen Störungen nach Trauma sind häufig durch den Rentenkampf verschlimmert oder sogar noch durch diesen hervorgerufen. Es ist jedoch praktisch meist sehr schwer, die durch Unfall bedingte Nervosität von der durch den Rentenkampf hervorgerufenen sicher zu trennen.

Begehrungsvorstellungen sind kein krankhaftes oder für die Nervosität nach Unfällen charakteristisches Symptom.

4. Zur Beseitigung der nervösen Unfallfolgen wäre am besten eine möglichst rasche Erledigung des Falles durch einmalige Abfindung ohne oder nur mit beschränkter Berufungsmöglichkeit. Es ist bedauerlich, daß in der neuen R. V. O. nur eine Kapitalabfindung für Renten in Höhe von 20 Proz. vorgesehen ist.

5. Bei nervösen Zuständen nach Unfällen darf die erste Rentenfestsetzung nicht zu hoch sein, da im Interesse des Verletzten ein gewisser Zwang zur Arbeit ausgeübt werden muß.

6. Die ärztliche Behandlung der nervösen Zustände nach Unfällen darf nicht zu lange dauern. Es ist nötig, die Verletzten möglichst bald an die Arbeit zu bringen. Falls eine Behandlung erfolgen soll, findet diese am besten außerhalb des Hauses in einem Krankenhause, Sanatorium oder in einer sonstigen geeigneten Anstalt statt, in der aber nicht überwiegend Unfallkranke vorhanden sein dürfen.

Hautkrankheiten und Syphilis.
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Melville, Stanley, Sollten die Geschlechtskrankheiten anzeigepflichtig gemacht werden? (Practitioner, Bd. 89, H. 1.)

In England, wo augenblicklich der Traum der Abolitionisten erfüllt ist und wo eine Reglementierung nach kontinentaler Art sowohl an der Auffassung der persönlichen Freiheit als an der Gewohnheit, die Geschlechtskrankheiten als indiskutabelen Gegenstand zu betrachten („Geschlecht ist eine Ungehörigkeit von seiten des Schöpfers"), scheitert, fehlt es nicht an Vorschlägen, die selbst für den Kontinent zu radikal wären. Melville schlägt vor, nicht nur die Verlockung zur Unzucht, die Prostitution Minderjähriger unter 21 Jahren und die wissentliche Verbreitung der Geschlechtskrankheiten für strafbar zu erklären (letzterer Punkt würde ja auch bei uns eingehend in Erwägung gezogen), sondern auch die Geschlechtskrankheiten anzeigepflichtig zu machen. Da die Anzeige ohne den Namen des Kranken erfolgen und nur Alter, Familienstand usw. enthalten, aber keinerlei praktische Folgen für den Angezeigten haben soll, so sieht Referent nicht ein,



wozu der Umstand gut sein soll außer zu einer umfangreichen, aber wenig interessanten Statistik. Außerdem soll die Möglichkeit kostenloser Spitalbehandlung geschaffen werden, die in dem keuschen England bis jetzt nur in beschränktem Maße besteht. Dies ist jedenfalls der beste Punkt an M.'s Vorschlägen, der übrigens kein Arzt, sondern ein Jurist ist.

Ganz neuerdings (Mai 1912) ist in der Stadt New York die Anzeigepflicht für Geschlechtskrankheiten eingeführt worden, aber nur für Spitäler und Polikliniken, nicht für Privatärzte. Auf das Resultat können wir getrost warten, bis wir in gleicher Richtung Versuche machen. Die Einrichtung ist jedenfalls charakteristisch für die gerühmte amerikanische Freiheit.

Fr. von den Velden.

Joly, J. S., Fortschritte in der Behandlung der Syphilis und Gonorrhöe. (Practitioner, Bd. 89, H. 1.)

Joly gibt zu, daß manche Fälle von Syphilis nach 2, ja 4 Salvarsaninjektionen ungeheilt bleiben, und daß man über die Dauer der Heilung nichts aussagen könne. Wegen der auch bei (abgesehen von der Syphilis) völlig Gesunden vorgekommenen Todesfälle, die fast nur nach der zweiten oder einer späteren Injektion eintraten, hält er die späteren Injektionen für viel gefährlicher als die erste und gibt deshalb mehr als zwei Injektionen nur dann, wenn der Kranke die volle Verantwortung auf sich nimmt. Auf die Injektionen läßt er eine etwa 6 Monate dauernde Quecksilberkur folgen.

Für die abortive Behandlung der Gonorrhoë widerrät er die starken Lösungen, behauptet aber, durch Irrigation der Urethra mit schwachen ($^1/_4$ bis $^1/_2$ %) Lösungen von Permanganat solche Gonorrhoëen, die sich innerhalb 24 Stunden nach der Infektion in Behandlung begeben, zum Teile abortiv, d. h. innerhalb einiger Tage, heilen zu können.

Von der in England gelobten Vakzinetherapie der Gonorrhoë hat er keinerlei gute Resultate gesehen. Fr. von den Velden.

Hayes, Reginald, Die Behandlung der Syphilis des Nervensystems nach Aachener Methoden. (Practitioner, Bd. 89, H. 1.)

Mitteilung einiger Fälle, bei denen interne Behandlung, Injektion von grauem Öl und Salvarsaninjektionen von Rezidiven gefolgt waren, und die durch „Aachener Methoden" d. h. gründliche Inunktionskuren bei innerem und äußerem Gebrauch von Schwefelwässern, geheilt wurden. Von Salvarsan sagt Hayes: Die Überzeugung wächst allmählich, daß das Salvarsan, so energisch es oberflächliche Erscheinungen heilt, doch bei der Nervensyphilis gewöhnlich versagt oder gefährlich ist. Fr. von den Velden.

Kersten (Magdeburg). **Ueber vergleichende Tierexperimente mit Salvarsan und Neosalvarsan.** (Centr. f. Bakt., Bd. 65, H. 4/5.)

Kersten kommt auf Grund seiner Versuche, die er mit Naganatrypanosomen und Rekurrens vorgenommen hat, zu folgenden Resultaten: Die Vorzüge des Neosalvarsans gegenüber dem Salvarsan bestehen in seiner leichten Löslichkeit unter Fortfall der Natronlauge, in seiner absolut neutralen Reaktion in wässeriger Lösung, in seiner geringeren Giftigkeit beim Tier (wie auch beim Menschen) in seiner erhöhten therapeutischen Wirksamkeit, wenigstens im Tierversuch. Schürmann.

Geraud, H. und Johnston-Lavis, H. J., Ein Fall von Gonokokken-Empyem. (Proc. R. Soc. of Medicine, Bd. V, Nr. 8.)

Auf eine nicht weiter beachtete Gonorrhoë folgte Nephritis mit Anurie, Pleuritis und Empyem; mit dem Auftreten der Allgemeinerscheinungen versiechte der Ausfluß aus der Urethra. Eine frühe Probepunktion der Pleura ergab sero-fibrinöses Exsudat mit Gonokokken in Reinkultur, bald darauf entwickelte sich ein Empyem, das Operation erforderte und erst nach längerer Zeit zur Ausheilung kam. Antigonokokken-Serum erwies sich als völlig wirkungslos.



Der Fall ist nach Ansicht der Verfasser ein Unikum und insofern interessant, als er wieder zeigt, daß es nicht so sehr darauf ankommt, welches Bakterium sich den Menschen zum Tummelplatz erwählt, als darauf, daß er nicht imstande ist, sich dessen zu erwehren. Fr. von den Velden.

Augenheilkunde.

War die durch völlige Erblindung auf beiden Augen verursachte Hilflosigkeit durch den Hinzutritt einer Gehörstörung noch steigerungsfähig? (Kompass 1912, Nr. 15.)

Dem Bergmann Wilhelm H. aus Bochum gewährte die Knappschafts-Berufsgenossenschaft für die durch Sprengschußverletzung auf der Zeche Hannover verursachte Erblindung auf beiden Augen die dafür übliche Hilflosenrente von 80 % des Jahresarbeitsverdienstes. H. erhob Berufung und verlangte die volle Hilflosenrente, weil außer der völligen Erblindung eine Herabsetzung der Hörfähigkeit um die Hälfte vorliege. Dies müsse bei der Rentenbemessung berücksichtigt werden. Das Schiedsgericht teilte diese Auffassung und bewilligte dem H. eine Rente von 90 % des Jahresarbeitsverdieenstes. Die Schwerhörigkeit wirke bei der Erblindung des Klägers wesentlich störender, als wenn das Sehvermögen erhalten wäre. Bei seiner Erblindung sei H. auf ein gutes Hörvermögen besonders angewiesen. Da dieses durch den Unfall aber auch herabgesetzt sei, werde dadurch die Hilflosigkeit erhöht. Gegen diese Entscheidung legten beide Parteien Rekurs ein. H. verlangte die volle Hilflosenrente und die Berufsgenossenschaft bestritt, daß die Hilflosigkeit durch die Gehörstörung erhöht würde. Die Hörfähigkeeit auf beiden Ohren betrage für halblaute Sprache noch 3—4 m. Eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit komme aber beim Kläger nicht mehr in Betracht, denn er beziehe schon mehr als die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit. Er brauche auch nicht mehr Pflege als ein Blinder, der nicht schwerhörig ist. Es sei nicht ersichtlich, welchen besonderen Gefahren H. durch die geringe Schwerhörigkeit ausgesetzt sein sollte. Das R. V. A. wies jedoch beide Rekurse mit folgender Begründung zurück:

Nach Prüfung des gesamten Sachverhalts hat das R. V. A. keinen Anlaß gefunden, von der Entscheidung des Schiedsgerichts abzuweichen, da diese die Sach- und Rechtslage zutreffend würdigt. Auch durch die Ausführungen der Beklagten und des Klägers im Rekursverfahren sind die Gründe dieser Entscheidung nicht widerlegt worden. Insbesondere ist die Annahme des Schiedsgerichts nicht zu beanstanden, daß die durch die völlige Erblindung eingetretene Hilfsbedürftigkeit des Klägers im wesentlichen Maße durch seine Schwerhörigkeit erhöht wird und deshalb eine Erhöhung der für die Hilfsbedürftigkeit eines Blinden sonst angemessenen Entschädigung von 80 % um noch 10 % gerechtfertigt ist. Eine weitere Erhöhung der Hilflosenrente, wie sie von dem Kläger beantragt ist, kann jedoch nach dem ärztlichen Befunde nicht zugebilligt werden.

Hals- Nasen- und Kehlkopfleiden.

v. Eicken, Röntgenbild und Bronchoskopie bei Fremdkörpern. (Ztschr. f. Ohrenheilk., Bd. 65, H. 2/3.)

v. Eicken hat die Erfahrung gemacht, daß Fremdkörper der Luftwege, die für Röntgenstrahlen wenig durchlässig sind, gleichwohl sich durch diese nicht immer nachweisen lassen; so einmal eine metallene Bleistifthülse, ein anderes Mal ein ungewöhnlich großes Knochenstück. Aus der Literatur stellte er eine Tabelle zusammen, die das überraschende Ergebnis zeigt, daß selbst metallische Fremdkörper bisweilen keinen Schatten ergaben, während Knochen-, Glas- und Kohlenstücke usw. nur in einer Minderzahl der Fälle nachgewiesen werden konnten, von Bohnen, Holz und anderen durchlässigen Körpern zu schweigen. Er stellte dann noch einen Versuch an, indem er verschiedene Gegenstände, die öfters aspiriert werden, auf einen Karton heftete, diesen bald vorn bald hinten auf dem Thorax eines Knaben befestigte und dann Röntgen-Aufnahmen machte; es zeigte sich, daß der



Schatten mancher dieser „Fremdkörper" recht undeutlich war und nur durch die bekannte Anordnung derselben erraten werden konnte, besonders wenn er mit dem Wirbelsäulen-Schatten zusammenfiel. Dabei sind die Verhältnisse eines solchen Versuchs wesentlich günstiger als im Ernstfalle, wenn der Körper oft in Granulationen und Gewebsverdichtungen eingebettet liegt.

Es ergibt sich daraus, daß bei Verdacht auf Fremdkörper in den Bronchien nur das p o s i t i v e Resultat der Röntgenaufnahme Beweiskraft hat. Niemals darf man sich durch ihr negatives Ergebnis von der Bronchoskopie zurückhalten lassen. Arth. Meyer-Berlin.

Ephraim (Breslau). **Die Anästhesie im Dienste der Bronchoskopie.** (Arch. internat. de laryng., Bd. 30, H. 3.)

Die Anästhesierung des Kehlkopfs führt E. mit einer nur 5 prozentigen Alypinlösung aus, die viel Suprarenin enthält (1 Teil Alypinlösung 20%+3 Teile Suprarenin 1‰). Diese Flüssigkeit soll die übliche 20% Kokainlösung gänzlich ersetzen können. Für Trachea und Bronchien werden die üblichen Anästhetika durch eine 1 prozentige Lösung von Chinin-Harnstoff-Chlorhydrat mit Vorteil ersetzt, die als nahezu völlig ungiftig angesehen werden kann und schnell und sicher wirkt. Die Applikation geschieht mit dem Larynx-, Tracheal- und Bronchialspray; die Vorbereitung wird so dem Patienten weniger unangenehm gemacht, und die Dauer der Endoskopie verkürzt, gegenüber der Anästhesierung mittelst Wattepinsel, die ja durch das Rohr hindurch vorgenommen werden muß. Arth. Meyer-Berlin.

Vergiftungen.

Zander, Paul, Ist Kohlenoxydvergiftung auf Montagereisen als Unfall anzusehen. (Med. Klinik 1911, Nr. 12.)

Diese Mitteilung Zanders beansprucht besonderes Interesse deswegen, weil sie sich auf zwei sachlich ganz gleich liegende Fälle bezieht, und die Entscheidungen des R. V. A. in diametral entgegengesetztem Sinne ausgefallen sind.

Ein Dreher Hermann B. war, auf einer Montage befindlich, abends in dem ihm angewiesenen geheizten Zimmer zu Bette gegangen und am nächsten Morgen als Leiche, und wie die Besichtigung ergab, infolge Kohlenoxydvergiftung verstorben, aufgefunden worden. Berufsgenossenschaft und Schiedsgericht erkannten einen Betriebsunfall nicht als vorliegend an, sondern nahmen an, der Verstorbene sei einer Gefahr des täglichen Lebens zum Opfer gefallen. Das R. V. A. entschied entgegengesetzt. Es sei zwar richtig, daß auf einer im Interesse des Arbeitgebers unternommenen und nach der ständigen Rechtsprechung des R. V. A. versicherten Reise von einer Betriebsstätte zur anderen der Aufenthalt in Gast- und Logierhäusern, weil er in erster Linie zur Befriedigung der allgemeinen menschlichen Bedürfnisse diene, im wesentlichen in die Eigenwirtschaft des Arbeiters und nicht in das Interessengebiet des Betriebes gehöre, also nicht versichert sei. Diese Regel erleide jedoch eine Ausnahme, wenn die Übernachtung an einem fremden Orte lediglich im Betriebsinteresse erfolgt, der Arbeiter gilt dann auch während dieser Zeit als im Betriebe befindlich, und er ist gegen die Gefahren des Aufenthaltsortes versichert. Da der Arbeiter genötigt war, zwecks Vornahme der ihm aufgetragenen Pumpenreparatur im Interesse des Betriebes auf dem Gute R. in dem ihm angewiesenen Zimmer zu übernachten, um am andern Morgen zeitig seine Arbeit beginnen zu können, so liegt ein solcher Ausnahmefall vor. — Auch wenn B., wie behauptet wurde, angetrunken gewesen wäre und die Ofenklappe selbst fahrlässiger Weise geschlossen habe, würde dieser Umstand die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft nicht beseitigen, da sie auch für die Folgen der durch eigenes fahrlässiges Verschulden der Arbeiter entstandenen Betriebsunfälle entschädigungspflichtig ist. — Im anderen



Falle befand sich ein Monteur im Interesse seiner Betriebsfirma auf Montage in einem Orte A. Dort wurde er am Morgen des 29. 3. 08 in seinem Zimmer, das er im Gasthause inne hatte, infolge Leuchtgasvergiftung tot aufgefunden. Der Schadensanspruch der Witwe wurde von der Berufsgenossenschaft abgewiesen, dagegen vom Schiedsgericht anerkannt, mit der Begründung, daß ein auf Montagereise begriffener Monteur sich überall und immer im Banne seines Betriebes befindet, solange er nicht aus rein persönlichen Gründen zur Befriedigung besonderer Wünsche von der ihm vorgeschriebenen Reise abweicht. Das R. V. A. entschied: Der Aufenthalt in Gasthäusern (auf sonst versicherten Reisen zu Betriebszwecken) gehöre, weil er in erster Linie zur Befriedigung der allgemeinen menschlichen Bedürfnisse nach Ruhe und Nahrung diene, im wesentlichen in das eigene persönliche Interessengebiet des Arbeiters und nicht in den Interessenbereich des Betriebes. „Es liegt in solchen Fällen kein Anlaß vor, von dem sonst in der Rechtsprechung des R. V. A. festgesetzten Grundsatz, daß Unfälle, die bei einer eigenwirtschaftlichen Tätigkeit des Arbeiters sich ereignen, als Betriebsunfälle im Sinne des Gesetzes nicht anzusehen sind, zugunsten der außerhalb auf Montage befindlichen Arbeiter in solchem Umfange Ausnahmen zuzulassen. Jedenfalls läßt sich die Annahme nicht begründen, daß sich ein derartiger Arbeiter stets im Banne des Betriebes befindet, und daß jede eigenwirtschaftliche Tätigkeit für ihn ausgeschlossen ist, solange er auf der Betriebsreise unterwegs ist." —

R. Stüve-Osnabrück.

Lungenentzündung im Anschluß an Gasvergiftung in der Teerschwelerei. Ursächlicher Zusammenhang und Betriebsunfall waren erwiesen. (Kompass 1912, Nr. 15.)

Der Arbeiter Karl K. in Aschersleben will sich am 16. Dezember 1909 im Betriebe der Teerschwelerei der Anhaltischen Kohlenwerke durch Einatman von Schwelgasen eine Lungen- und Rippenfellentzündung zugezogen haben. Er war an diesem Tage mit dem Auffüllen von Kohlen in die Zylinder der Teerschwelerei beschäftigt gewesen. Trotzdem drei der Zylinder stark gasten, hatte K. die Arbeit verrichten können, und weitergearbeitet. Die Beschwerden traten erst am nächsten Tage beim Frühstück auf, wobei sich K. übergeben mußte. Nach Ansicht des behandelnden Arztes handelte es sich um eine Lungen- und Rippenfellentzündung, die unzweifelhaft auf das Einatmen der Gase zurückgeführt werden müsse. Da die Störungen nach den Behauptungen des K. unmittelbar im Anschluß an die Gasvergiftung aufgetreten, sei dieselbe als die Ursache derselben anzusehen. Im Gegensatz zu diesem Arzt kamen die Ärzte der medizinischen Klinik in Halle a. S. zur Ablehnung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Krankheit und der Gaseinatmung. Diese letztere könne nicht sehr stark gewesen sein, denn der Mitarbeiter des K. habe anscheinend unter den gleichen Verhältnissen gearbeitet und keine nachteiligen Folgen verspürt. Bei einer sehr starken Einwirkung der Teerdämpfe hätten sich Hustenreiz und Atembeschwerden einstellen müssen, was nicht der Fall gewesen sei. Außerdem sei es fraglich, ob durch Einatmen von Gasen, speziell von nicht reizenden Gasen, Lungenentzündungen hervorgerufen werden könnten. Vielmehr ließe man gerade Teerdämpfe häufig zu Heilzwecken einatmen. Nachdem die Bestandteile der Schwelgase festgestellt, lautete das Schlußgutachten dahin, daß ein Zusammenhang zwischen der Lungenentzündung und der Gaseinwirkung sehr zweifelhaft sei, namentlich da die Gase nur verdünnt auf K. eingewirkt haben könnten. Die Ansprüche des K. auf Unfallrente wurden deshalb sowohl von der Berufsgenossenschaft als auch vom Schiedsgericht abgelehnt. Die vom R. V. A. veranlaßte Beweisaufnahme ergab, daß es sich doch wohl um eine stärkere Gaseinwirkung gehandelt haben mußte. Obgleich der vernommene Mitarbeiter des K. mit seinem Wagen nur gelegentlich kurze Zeit an den Gasen vorbeigekommen war, hatte auch er die unangenehme Einwirkung derselben verspürt und sich jedesmal einen



ordentlichen Stoß geben müssen, um vorbeizukommen. Da dann auch der noch gehörte Professor Dr. O. in Berlin einen ursächlichen Zusammenhang für sehr wahrscheinlich hielt, wurde die Berufsgenossenschaft aus folgenden Gründen zur Entschädigung verurteilt:

Das R. V. A. hat kein Bedenken getragen, das ausführliche und überzeugend begründete Obergutachten des Geheimen Medizinalrats Professor Dr. O. seiner Entscheidung zu Grunde zu legen und hat danach den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Einatmen von Schwelgasen in der Teerschwelerei durch den Kläger am 16. Dezember 1909 und seiner Erkrankung an Lungen- und Brustfellentzündung anerkannt. Die Beklagte war daher zur Entschädigung für die Folgen des Betriebsunfalles zu verurteilen. Die Festsetzung der Entschädigung mußte der Beklagten überlassen bleiben, da die erforderlichen Unterlagen sich nicht in den Akten befinden.

Medikamentöse Therapie.

Voigt, J. (Göttingen), **Ueber die Wirkung des Pituitrins und seine Anwendung in der Geburtshilfe.** (Frauenarzt 1912, Nr. 5.)

Da die durch das Pituitrin bewirkten Uteruskontraktionen normalen kräftigen Geburtswehen nicht völlig gleichkommen, so müssen vor Anwendung des Mittels gewisse Vorbedingungen erfüllt sein, d. h. die Geburt muß tatsächlich im Gang und es dürfen keine Hindernisse für das Ein- und Durchtreten des Kindes vorhanden sein, event. ist bei zögernder Eröffnung des Muttermundes Kolpeuryse zu machen.

Die häufigste Indikation für das Pituitrin bildet die sek. Wehenschwäche. Dosis 0,7—1,0 des alten, 0,3—0,5 des neueren Präparates, nötigenfalls nach 1—1½ Stunden zu wiederholen. Kontraindikation des Pituitrins ist gesteigerte Erregbarkeit des Uterus. Esch.

Frisch, „Ueber Formamintwirkung“ (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1912. Bd. 75, Heft 6.)

Im einzelnen wurden vom Verfasser in der Anstalts- und Privatpraxis mit Formamint behandelt 1217 Fälle von katarrhalischen, follikulären und phlegmonösen Anginen, ulzerösen und aphthösen Stomatitiden und Pharyngitiden, sowie 23 Rachendiphtherie- und 85 Scharlachfälle.

Nach seinen Beobachtungen gestaltete der rechtzeitige Formamintgebrauch den klinischen Verlauf der katarrhalischen und besonders der phlegmonösen Anginen erheblich milder und kürzer.

Ausführlich beschreibt der Verfasser seine Erfahrungen bei mehreren Scharlach-Epidemien, die ihm Anlaß geben mit der Anwendung der althergebrachten Gurgelungen, Pinselungen und Inhalationen zu brechen. Hierbei zeigte sich ebenfalls, daß Formaminttabletten nicht nur eine erhebliche Verringerung der komplizierenden Nebenerkrankungen (Nephritis, Otitis usw.) bewirkten, sondern daß sie sich auch als Prophylaktikum für die Umgebung usw. vorzüglich bewährten.

Der Autor faßt seine Beobachtungen in folgenden Sätzen zusammen: Die Formaminttabletten entfalten:

1. eine hervorragende desinfizierende Wirkung bei allen Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle und des Larynx, sowie bei allen infektiösen Allgemeinerkrankungen. Sie zeichnen sich

2. aus durch absolute Unschädlichkeit für die Schleimhaut von Mund und Rachen, sowie für Magen und Darm, selbst in sehr großen Gaben.

3. Sie sind nicht nur voller Ersatz aller Mund- und Gurgelwässer, Inhalationen und Kautabletten, sondern sie übertreffen diese infolge ihrer leichten Handhabung und Verabreichung an Kinder und Erwachsene.

4. Sie stellen ein eminent desodorisierendes Mittel dar.

5. Sie entwickeln eine überraschende antiseptische Heilwirkung bei allen Schleimhautdefekten.

6. Sie sind ein unübertroffenes Prophylaktikum gegen alle Mund- und Halskrankheiten, sowie allgemeine Infektionskrankheiten.



7. Sie beeinflussen im überaus günstigen Sinne nicht nur den Verlauf, sondern auch die Dauer der Erkrankungen dadurch, daß sie das Fieber in hervorragender Weise, eben infolge ihrer antibakteriellen Eigenschaft herabzudrücken vermögen. Bruck-Berlin.

Allgemeines.

Buttersack, Zur Psychologie der Massen.

Zu den „interessanten Fällen“ gehört zweifellos der soeben verstorbene Heilkünstler Antoine le guérisseur oder Antoine le généreux. Der Mann war Arbeiter in einem Walzwerk gewesen und stand kulturell auf einer ziemlich niederen Stufe. Allein er übte auf seine Mitmenschen einen geradezu unheimlichen Zauber aus und vermochte ihnen die unglaublichsten Beschwerden hinwegzusuggerieren. Man konnte von ihm wirklich sagen: er machte die Blinden sehend und die Lahmen gehend. Das Eisen, meinte er, wird im Feuer schmiedbar, und er verglich das heiße Verlangen mit dem Feuer und den Glauben mit dem Schmiedehammer.

Man schleppte ihn wegen unlauteren Wettbewerbs vors Gericht. Allein da er keinerlei Honorar annahm, mußte er freigesprochen werden. Die Gloriole dieses Prozesses machte einen Heiligen aus ihm. Man baute ihm einen Tempel in Jemmappes, und allerorten scharten sich seine Gläubigen zusammen. Ihre Zahl kam in Belgien jener der Katholiken bedenklich nahe. Nun ist er gestorben, und der Antoinisme wird sich allmählich wieder verlaufen. Für den Kulturhistoriker aber bleibt seine Erscheinung gleichwohl interessant. Sie fügt sich der langen Reihe ähnlicher nichtapprobierter Heilkünstler an, welche die Welt mit ihrem Ruhme erfüllten und sogar in Palästen Eingang fanden. Indessen, sie stehen keineswegs unvermittelt und vereinzelt in der Geschichte, stellen vielmehr nur besonders vom Glück emporgehobene Figuren aus dem Milieu der Okkultisten dar. Wenn es in Frankreich dermalen mehr als 10 000 Wahrsager und Wahrsagerinnen gibt, so mag das den aufgeklärten Schichten bedauerlich erscheinen; aber die bloße Tatsache, daß sie existieren und sich immer wieder ergänzen, beweist, wie sehr solche Persönlichkeiten dem Bedürfnis der Menge entsprechen.

Die sogenannten Gebildeten sind nur eine dünne Schicht auf der Masse der Menschheit, und die wirklich Gebildeten eine noch viel, viel dünnere Oberschicht. Der geistige Horizont ist hier und dort so verschieden, die Standpunkte so gänzlich anders aufgebaut, daß eine Verständigung hinüber und herüber kaum möglich erscheint. Nur ganz gewaltige nationale und kulturelle Wellen machen sich durch die ganze Masse hindurch bemerklich, so die Kreuzzüge, die Religionskämpfe des Mittelalters, die Befreiungskriege von 1813 und 1870/71. Auch die naturwissenschaftlichen Fortschritte der zweiten Hälfte des XIX. Jahrhunderts sind allmählich in die breiten Schichten gedrungen und haben da allerlei Hoffnungen geweckt. Aber weil nicht alle Blütenträume reiften, so erfolgt die Rückkehr zu den dem Milieu angemessenen, weil aus ihm entsprossenen Heilkünstlern. Wundern wir uns deshalb nicht, wenn wir nach und nach Vertreter der Magie, des Mystizismus und Okkultismus in größerer Zahl und mit wachsendem äußerem Erfolg auftauchen sehen. Damit geht nur eine Prophezeiung von Balzac in Erfüllung. Im übrigen trifft das Urteil Napoleons I. noch immer zu: „La masse des hommes est faible, mobile parcequ'elle est faible, cherche fortune ou elle peut, fait son bien sans vouloir faire mal d'autrui, et mérite plus de compassion que de haine.“ *)

Hall, A. J. (Sheffield), Inwieweit können Traumen als Krankheitsursache in Betracht kommen? (Practitioner Bd. 88, Nr. 6.)

Neuerdings hat England eine Workmens Compensation Act, d. h. eine Unfallversicherungsgesetzgebung, und seitdem lernt man dort auch die

*) Oeuvres littéraires de Napoléon Bonaparte. T. IV. Paris 1888. S. 496 ff. Maximes et Pensées.



Schwierigkeiten und Unsicherheiten kennen, an denen wir schon lange laborieren. Hall ist der Ansicht, daß hier das Gefühl der Unsicherheit mit der Erfahrung wächst und daß ein klares Ja oder Nein in sehr vielen Fällen unmöglich ist, weil Trauma und vorher bestehende krankhafte Zustände sich zu dem unglücklichen Ausgang kombinieren.

Auf Grund eigener Fälle findet Hall, daß Geisteskrankheiten so gut wie nie, Epilepsie sehr selten (1 %), Meningitis zuweilen traumatischen Ursprungs ist. Dagegen spielen bei intrakraniellen Tumoren Verletzungen eine nicht unbedeutende Rolle, ebenso bei der Neurasthenie (die traumatische Neurose scheint soeben in England ihren Einzug zu halten) und Paralysis agitans. Zuweilen läßt die akute Verschlimmerung der Phthise sich auf Traumen zurückführen, und traumatische Pneumonie ist ebensowenig selten als ihr Zustandekommen erklärt ist, „wir reden von verminderter Widerstandsfähigkeit oder von locus minoris resistentiae in der Hoffnung, daß diese Entfaltung klassischer Weisheit den Umfang unserer wissenschaftlichen Blöße teilweise verdeckt." Auch Chorea bricht nicht selten nach Traumen aus.

Hall meint, die Unfallgesetzgebung habe der Medizin ein weites und interessantes Feld geöffnet, dessen man bald Herr werden müsse, um nicht als Sachverständiger eine traurige Figur zu spielen. Vielleicht wird er zu der Ansicht kmmeon, daß die Wissenschaft hier nur eine sekundäre Rolle spielt. Fr. von den Velden.

Der **Geschäftsbericht der Landes-Versicherungsanstalt Ostpreussen für das Jahr 1910** läßt erkennen, daß ihr Vorstand der Bekämpfung des Alkoholismus besondere Aufmerksamkeit widmet. Vier neugestiftete Guttemplerlogen sind mit 100 bis 150 Mark unterstützt. Zur Durchführung des Heilverfahrens werden die Trinker nach vorläufiger Bevormundung der Trinkerheilanstalt Wartburg, einer Abteilung des Arbeitslosenheims in Carlshof b. Rastenburg überwiesen. Da ein dauernder Erfolg jedoch nur zu erwarten ist, wenn die Trinker möglichst frühzeitig in Pflege genommen und von anderen Personen vollständig abgesondert werden, dies aber in der Anstalt in Carlshof wegen den beschränkten Räumlichkeiten und der nicht zu vermeidenden Berührung der Trinker mit den nach Carlshof überwiesenen Arbeitslosen nicht zu erreichen ist, so ist der Bau einer besonderen Anstalt in Carlshof beschlossen worden. Mit dem Bau ist bereits begonnen worden. Die neue Anstalt, die Raum für 30 Pfleglinge bietet, wird voraussichtlich am 1. November 1912 bezogen werden können. Es steht zu erwarten, daß sich dann auch Trinker freiwillig melden werden, in welchem Falle erfahrungsmäßig eine Gesundung viel leichter zu erzielen ist. Im ganzen wurden 19 Versicherte der Trinkerfürsorge überwiesen. G.

Von Herabminderung des Verbrauchs alkoholischer Getränke in einem grossstädtischen Krankenhause teilen die „Mäßigkeits-Blätter" des Deutschen Vereines gegen den Mißbrauch geistiger Getränke (Oktober-Nr.) in einer Aufstellung aus dem städtischen Krankenhaus in Stettin über die Jahre 1904 bis 1910 ein interessantes Beispiel mit. Während die Besetzung des Krankenhauses, die Zahl der Verpflegstage stetig gestiegen ist, weist im gen. Krankenhaus einschließlich des Klassenhauses (f. Pat. 1. u. 2. Kl.) der Alkoholverbrauch, zum mindesten pro Kopf, eine ebenso stetige Abnahme auf. An Bier (ganz überwiegend bayrisches) kam im Jahre 1904 eine Flasche täglich auf 4, im Jahre 1910 auf 10 Patienten; bei Rot- und Weißwein (Halbflaschen) stellen sich die entsprechenden Ziffern auf 37 bezw. 57; an Portwein und Italiener kam 1904 täglich 1 Liter auf etwa 33, 1910 erst auf etwa 240 Patienten, an Sekt eine halbe Flasche entsprechend auf 976 bezw. 1834, und endlich an Kognak 1 Liter täglich 1904 auf 990. 1910 auf 2865 Patienten. Auch für das Personal zeigt der Bierverbrauch seit 1908 absteigende Tendenz: 1908 noch 53100, 1910 39797 Flaschen. Der Rückgang ist lediglich auf die zielbewußte Verständigung zwischen der Verwaltung und den ärztlichen Direktoren zurückzuführen.



Es ist nach zuverlässiger Mitteilung nicht zweifelhaft, daß der Alkoholkonsum noch weiterhin herabgemindert werden wird. Bisher stand nämlich dem Personal je nach der Dienststellung ein Verbrauch von 1—3 Flaschen Bier täglich zu; nunmehr ist ihm die Möglichkeit eröffnet worden, statt dieses Deputats eine Geldentschädigung zu beziehen. Diese Ablösung ist bei dem weiblichen Personal, das bisher auch Bier bezog, bereits völlig durchgeführt, und von den in Frage kommenden 32 männlichen Bediensteten beziehen im laufenden Jahre bereits mehr als die Hälfte statt des Bieres die Geldentschädigung. Es dürfte kaum zu bezweifeln sein, daß die Herabminderung des Verbrauchs alkoholischer Getränke nicht nur im finanziellen Interesse des Stadtsäckels liegt, sondern auch das Interesse der Kranken dadurch nur gefördert wird.

Enge (Lübeck), **Zerstreuungen und Festlichkeiten in Irrenanstalten.** (Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 9, H. 1.)

E. vermag den Zerstreuungen und Festlichkeiten in Irrenanstalten einen Nutzen nicht zuzuerkennen, dieselben haben vielmehr manche nachteilige Folgen (Staubaufwirbelung, sexuelle Reizung, Erinnerung an die Außenwelt, Propagierung der Vergnügungsnotwendigkeit als hygienisch nützlich usw.). Dafür will E. mehr den Körper durch Schwimmen, Turnen und Schlittschuhlaufen und den Geist durch Unterricht mehr gefördert wissen. „Zum Charakter eines Krankenhauses passen geräuschvolle Vergnügungen nicht." Referent kann sich diesem prinzipiell ablehnenden Standpunkt nicht anschließen, die Häufigkeit und das Arrangement der Vergnügungen dürfte der wichtigste derartige Verallgemeinerungen nicht zulassende Faktor sein, von den Besonderheiten der Irrenanstalten Krankenhäusern gegenüber ganz abgesehen. Zweig-Dalldorf.

Natzler, A. (Heidelberg), **Ein Beitrag zum Kapitel der Gewöhnung an Unfallfolgen.** (Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1912, Nr. 1.)

Mahnung, der Gewöhnung an Unfallfolgen mehr Gewicht, als häufig geschieht, beizulegen und Beleg dafür durch Mitteilung zweier Fälle, in denen das Röntgenbild den Beweis geliefert hatte, daß angeblich durch ein in neuerer Zeit erfolgtes Trauma veranlaßte Beschwerden auf alte Knochenveränderungen zurückzuführen waren, resp. daß leichten Traumen und geringfügigem objektivem und subjektivem Befund oft schwere Zerstörungen im Knochen gegenüberstehen.

M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Bücherschau.

Joseph, Max (Berlin), **Handbuch der Kosmetik.** (Leipzig 1912, Veit u. Co. 749 Seiten mit 164 Figuren. Preis geb. 25 M.)

Das Prinzip der Arbeitsteilung hat nun auch in der Kosmetik seinen Einzug gehalten. 25 namhafte Forscher und Praktiker haben dem Rufe des verdienten Berliner Dermatologen Folge geleistet und sich mit Erfolg bemüht, sein Programm zu erfüllen, „die Grundzüge für eine richtige und sinngemäße Kosmetik auf streng wissenschaftlicher, fast experimenteller Basis aufzustellen". So ist ein Werk entstanden, dessen Lektüre nicht nur in ästhetischer und wissenschaftlicher Beziehung außerordentlich fesselnd ist, sondern das vor allem auch dem praktischen Arzte reiche Erfolge verspricht. Denn gerade das Gebiet der Kosmetik ist für die Patienten von außerordentlicher Wichtigkeit; und da es bisher leider von Ärzten nicht nach Gebühr berücksichtigt wurde, ist das bedauerliche Faktum entstanden, daß nirgends so viel wie hier die Kurpfuscherei in Blüte steht, wodurch viel



Schaden gestiftet wird. Diesem Mangel wird durch das vorliegende Werk in wirksamer Weise abgeholfen. Hervorgehoben sei, daß der Begriff „Kosmetik" hier in einem weiteren Sinne als gewöhnlich aufgefaßt ist, indem nicht nur die eigentliche Schönheitspflege, sondern auch die Beseitigung von Gebrechen aller Art, z. B. Schielen und chirurgische Leiden, berücksichtigt ist. Eine große Zahl vortrefflicher Abbildungen erhöhen den Wert dieses Buches, dessen Beschaffung jedem Praktiker aufrichtig empfohlen werden kann. W. Guttmann.

Burgl, G. (Regensburg), **Die Hysterie und die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Hysterischen.** (Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1912. 302 Seiten. Preis ungeb. 7 M.)

Das aus der reichen gerichtsärztlichen Praxis des Verfassers entstandene Buch ist für den Arzt und den Juristen bestimmt. Es erfüllt unzweifelhaft seinen Zweck, in leicht verständlicher Weise über die bei der klinischen und forensischen Beurteilung Hysterischer sich ergebenden Schwierigkeiten zu orientieren und die zu richtigen Erkenntnissen führenden, aus Anamnese und status präsens resultierenden Momente zu lehren. In wertvoller Weise werden diese die beiden ersten Hauptteile des Buches umfassenden Darlegungen ergänzt durch 20 ausgewählte Fälle krimineller Hysterie (3. Teil), welche die hauptsächlichst in Betracht kommenden Straftaten dieser Kranken mit Aktenauszug und Gutachten schildern. Im großen und ganzen wird man den vorgetragenen Anschauungen und Urteilen beistimmen. Nicht richtig ist z. B., daß durch die Psychogenie die Hysterischen sich von den kurzweg Minderwertigen unterscheiden, es gibt vielmehr noch andere psychogene Krankheitsbilder auf degenerativer Basis. Solche Einzelheiten können aber den Wert des Buches nicht wesentlich beeinträchtigen. Ein kurze Literaturzusammenstellung ermöglicht eingehendere Orientierung.

Zweig-Dalldorf.

Peikert, Hermann (Tübingen), **Einführung in die konservierende Zahnheilkunde,** (1. Teil, mit 94 Abb. im Text, 200 S., geheftet 6 M. Leipzig 1912, bei S. Hirzel.)

„Nicht ein streng wissenschaftliches, von hoher theoretischer Warte aus geschriebenes Werk soll hier geboten werden, auch keine kompilatorische Arbeit, die eine möglichst große Zahl der divergenten Anschauungen und Methoden widerspiegeln möchte, die jahraus, jahrein in der Fachliteratur niedergelegt werden," sondern ein Lehrbuch, das, ausgezeichnet durch einen überaus liebenswürdigen, fesselnden Stil, dem Studierenden eine gründliche Basis an theoretischen Kenntnissen gibt, mit denen ausgerüstet, er wohlvorbereitet an die mannigfachen Schwierigkeiten herantreten kann, die seiner in der Praxis harren. Werner Wolff-Leipzig.

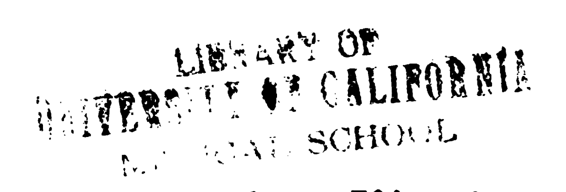
Oberholzer, E. (Breitenau-Schaffhausen), **Spontaner Zahnausfall bei Paralyse.** (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie. Bd. 9, H. 3, Separatdruck.)

Spontaner Zahnausfall bei einer nicht durch Tabes komplizierten Paralyse ist in der deutschen Literatur noch nicht beschrieben. Dem nur bei psychischer Verschlimmerung eintretenden Zahnausfall gingen Parästhesien vorauf, die den Kranken veranlaßten, zu einer Zeit, wo die Zähne noch fest saßen, an ihnen zu manipulieren. Allmählich lockerten sich dann die Zähne so, daß Pat. sie mühelos aus der Alveole herausholen konnte. Die auf der Zunge, der Mundhöhlenschleimhaut und der äußeren Haut der linken Wange sowie der linken Gingiva bestehende Analgesie, die auf eine Läsion im Bereich des Trigeminus zurückzuführen waren, kamen dem Pat. zu Hilfe, die Ursache können sie nicht gewesen sein, weil auch rechts die Zähne ausfielen, wo keine Anästhesie vorhanden war. Bei einer Besserung des psychischen Befindens hörte auch der Zahnausfall auf.

Zweig-Dalldorf.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.





30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von

Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.

Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 46.	Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin.	14. Nov.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

1. Kongreß zur wissenschaftlichen Erforschung des Sportes und der Leibesübungen in Oberhof i. Th. 20.—23. Sept. 1912.

Berichterstatter: Dr. Max Hirsch in Bad Salzschlirf.

Der Kongreß tagte bei zahlreicher Beteiligung der hervorragendsten Vertreter der Medizin und des Sports unter Vorsitz von Herrn Geheimrat Prof. Dr. Kraus (Berlin), Major Prof. Dr. v. Parseval (Charlottenburg) und Prof. Dr. F. A. Schmidt (Bonn). Der I. Vorsitzende der Vereinigung zur wissenschaftlichen Erforschung des Sports und der Leibesübungen. Herr Geheimrat Prof. Dr. Paasche, I. Vizepräsident des Reichstages, war leider durch seine Weltreise an der Teilnahme dieses Kongresses, dem er sein lebhaftestes Interesse widmet, verhindert. Die Tagung fand in Oberhof in Thüringen auf Einladung des Herzogs Karl Eduard von Sachsen-Koburg und Gotha statt, welcher der wissenschaftlichen Erforschung des Sportes und der Leibesübungen ein außerordentlich warmes Interesse entgegenbringt. In der Begrüßungsansprache hoben sowohl der Hofkammerpräsident von Bassewitz (Gotha) wie auch der Staatsminister Exzellenz Dr. v. Richter (Gotha) hervor, was auch ein persönliches Telegramm des Herzogs selbst bestätigte, daß der Herzog die Ziele und Bestrebungen der Vereinigung möglichst tatkräftig unterstützen will, da er sie als segensreich für die Nation ansieht. Es sei schon an dieser Stelle kurz vorweggenommen, daß die Tagung einen nach jeder Hinsicht erfreulichen Verlauf genommen hat und daß das lebhafte Interesse weitester Kreise sich durch den Mund der Delegierten der verschiedensten Sport- und Turnverbände, staatlicher Anstalten u. a. m. kundtat. So wurden delegiert vom Thüringischen Golfklub Herr Geheimrat Douglas, von dem Zentralausschuß für Volks- und Jugendspiele Herr Prof. F. A. Schmidt (Bonn), für die Sportverbände Herr Geh. Reg.-Rat Bartels (Braunschweig), für den Thüringer Wintersport Herr Gymnasialdirektor Völker (Suhl), für den Jungdeutschlandbund Herr Generalmajor Jung (Charlottenburg), für die Deutsche Turnerschaft Herr San.-Rat Dr. Toeplitz (Breslau), für den Kaiserlichen Aero-Klub Herr Major Prof. v. Parseval (Berlin), für die Preußische Landesturnanstalt Herr Stabsarzt Dr. Müller (Spandau), für die sächsischen Turnlehrer Herr Thiele (Dresden), für den Verein der Sportpresse Herr Chefredakteur Doerry (Berlin), für den Reichs-



ausschuß der Olympischen Spiele Herr Dr. Mallwitz (Berlin) und andere mehr. Besonders angenehm berührte das lebhafte Interesse, das der preußische Staatsminister Exzellenz v. Sydow (Berlin) als Vorsitzender des Deutschen und Österreichischen Alpen-Vereins dem Kongreß und seinen Bestrebungen entgegenbrachte.

Die Reihe der wissenschaftlichen Vorträge eröffnete Herr Geheimrat Prof. Dr. Kraus (Berlin) mit dem Thema Sportübertreibungen. Zunächst wies Vortragender darauf hin, daß sich ärztlicherseits mit dem Sport zu befassen haben die Physiologie, die soziale Hygiene und die Krankheitslehre. In dem Sport sieht er eine Betätigung, die der einzelne aus Neigung, aus Lust und Liebe zur Sache selbst treibt. Aber er hebt besonders hervor, daß der Sport auch anderen Zwecken dienen kann; vor allem kann er die Wehrtüchtigkeit des Volkes fördern, was um so wichtiger ist, als die Umgestaltung der sozialen Verhältnisse in unserer Zeit die Wehrtüchtigkeit zu gefährden drohen, daß man bei den militärischen Aushebungen dem Habitus asthenicus immer mehr begegnet, ebenso der Skrofulose, der Blutarmut und anderen Konstitutionsschwächen. Für all diese Erscheinungen ist nicht allein die einseitige geistige Ausbildung anzuschuldigen, sondern vielfach auch sind die Gründe tieferliegender Natur. Gegen die einseitige geistige Ausbildung wird von verschiedenen Seiten der Sport als Äquivalent empfohlen, und das zum großen Teil mit Recht; aber man darf nicht vergessen, daß Sport und Leibesübungen zwar als Heilmittel viel Nutzen stiften können, selbst bei ganz entgegengesetzten Dispositionen und Erscheinungen, aber nur dann, wenn sie scharf dosiert und als ein nicht indifferentes Heilmittel angesehen werden. Dem Sport in der heute allgemein geübten Form sollten sich nur diejenigen zuwenden, die körperlich kräftig genug dazu sind. Der Schwächliche soll nur langsam zum Sport geführt werden und die Grenzen der Leistungen niemals aus dem Auge verlieren. In dieser Hinsicht droht nicht nur ein Schaden; er ist vielmehr schon hier und da hervorgetreten. Nur zu oft zeigt es sich, daß übertriebener Sport auch beim gesunden Menschen Funktionsstörungen hervorruft und zwar besonders Störungen des Herzens und seiner rechten Kammer. Demgegenüber treten die körperlichen Veränderungen durch Sportübertreibungen in den Hintergrund. Ist das beim gesunden Menschen schon von einer gewissen Tragweite, so steigert sich die Bedeutung dieser Schädigung ganz enorm, wenn es sich um Individuen handelt, die an der Grense zwischen normalen und pathologischen Zuständen stehen, deren Organismus gewisse Schädigungen oder Anlagen dazu auf die Welt gebracht hat, sei es, daß sie sich in einer verminderten Nervenkraft äußern, die durch übermäßige Anspannung immer weiter erschüttert wird, oder um lymphatische Individuen, die besonders im jugendlichen Alter zu Erkältungen neigen, oder um blutarme Menschen, deren Herz durch Sportübertreibungen gefährdet wird. Das Training muß so sorgfältig wie möglich vorgenommen werden, und dazu gehört vor allem die exakteste Prüfung und sorgfältigste Beobachtung durch den gut geschulten Arzt. Die kritischste Zeit ist die des größten Wachstums und der Pubertät, und in dieser Zeit muß demgemäß die Sorgfalt ganz besonders einsetzen. Man kann es dem jungen Kinde noch nicht ansehen, ob sich in der Zeit des Wachstums nicht Konstitutionsanomalien entwickeln werden. Vortragender schließt mit dem Hinweis darauf, wie wichtig der Sport für die Nation und die Kraft unserer



Bevölkerung ist, daß er aber der Kontrolle der Wissenschaft unterworfen werden muß, die leicht praktisch zu verwirklichen ist, wenn alle Faktoren Hand in Hand gehen.

Herr Prof. Dr. F. A. Schmidt (Bonn) sprach sodann über die Feststellung des hygienischen Wertes des Schulturnens. In hygienischer Beziehung ist eine Grenze zu ziehen zwischen denjenigen, die Sport treiben, und den Schülern, die turnen. Sport treiben im allgemeinen nur gesunde und kräftige Menschen; Schwächlinge halten sich fern vom Sportplatz. Es wählt auch ferner jeder diejenige Sportart, die ihm auf Grund seiner Konstitution, seiner Kraft und seiner Körperverfassung liegt. Im Gegensatz zu dieser freiwilligen Betätigung steht das Schulturnen unserer Schuljugend, der das Turnen auferlegt wird und die sich nicht die einzelnen Übungen nach Neigung auswählen kann. Die Art und Weise, wie die körperliche Ausbildung in der Schulzeit geleitet wird, ist für das ganze Leben entscheidend. Bei der Bedeutung dieser Frage ist eine ganz besondere Sorgfalt auf das Turnen unserer Schuljugend zu verlegen. Dabei ist noch besonders zu berücksichtigen, daß ein großer Teil der Schuljugend nicht kräftig genug ist, ein anderer Teil unter dem Eindruck konstitutioneller Krankheiten steht und, was besonders wichtig ist, ein großer Teil unter ungenügender Ernährung leidet. So macht Vortragender für die schlechte Körperhaltung, die falsche Stellung der Wirbelsäule, die gerade bei Mädchen in den Schulen außerordentlich verbreitet ist, das Stillesitzen in der Schule an zweiter Stelle erst verantwortlich, an erster Stelle die Konstitution und Ernährung. Wenn beim Sport Höchstleistungen erstrebt werden, so soll der Turnlehrer vielmehr bei seinen Schülern nur an die Lösung von Durchschnittsaufgaben herantreten. Von großer Wichtigkeit ist es, daß bei jugendlichen Individuen die Kreislaufverhältnisse anders sind als beim Erwachsenen, was sich namentlich bei den Schnelligkeitsbewegungen zeigt. Wenn von dem Turnunterricht der Schüler die Rede ist, so soll das nicht bedeuten, daß nur die Zeit bis zum 14. Lebensjahre in Frage kommt, sondern gerade die Zeit vom 14. bis zum 17. Lebensjahre verdient hinsichtlich des Turnunterrichts die größte Berücksichtigung. Die Schüler der höheren Lehranstalten genießen den Vorteil eines Turnunterrichtes in dieser für die Entwicklung des Menschen so wichtigen Zeit. Schlimmer daran sind die weiten Schichten der Bevölkerung, vor allem die Lehrlinge in den gewerblichen Betrieben. Es ist ein großes Unglück, daß diese gewerbliche Lehrlingszeit, welche so ungeheure Ansprüche an die geistige und körperliche Seite des heranwachsenden Menschen stellt, zusammenfällt mit der Zeit der Veränderung zweier sehr wichtiger Organe, des Herzens und der Lunge. Für diese Zeit muß etwas geschehen, wenn nicht Raubbau getrieben werden soll an unserer Jugend. Die Schüler der höheren Lehranstalten haben in diesem Lc ensalter Ferien, vielleicht zu viel Ferien, die gewerblichen Lehrlinge dagegen haben keine Ferien und keine Erholung. Wenn sie abends in der staubigen Halle turnen, ermüdet von ihrer Tagesarbeit, so haben sie damit ihrer körperlichen Ausbildung keinen nennenswerten Dienst geleistet. Die Zeit zwischen Schule und Militärdienst ist bis jetzt in der körperlichen Ausbildung ein Stiefkind, das eine bessere Behandlung verdient und erfahren muß. Die Turnstunden dürfen keine Ermüdung sein, sondern sie sollen eine Erholung bedeuten. Die Art des Turnunterrichtes, die Berücksichtigung der einzelnen



Berufsarten beim Turnunterricht sind Fragen, die noch eines gründlichen wissenschaftlichen Studiums bedürfen und die in der Tätigkeit des neuen Forschungsinstitutes eine große Rolle spielen sollen. An einer Forderung aber sollte festgehalten werden nicht nur für die Schüler, sondern, so schwer es auch erscheinen mag, auch für die Lehrlinge, und das ist der freie Nachmittag in der Woche, der ausschließlich dem Spiel gewidmet sein soll, wo das Kind auch frei von Schularbeiten und Schulsorgen zu halten ist.

Herr Geh. Hofrat Dr. Rolfs (München) erörtert die Frage Internationale oder nationale Olympien? Vortragender sieht im Sport keine bloße Mode, sondern vielmehr eine Frage, die tief in der Entwicklung des modernen Lebens begründet ist. Seine Aufgabe soll der Sport darin sehen, die Körperzucht zu heben. Sobald er dieses Ziel aus dem Auge verliert, verkehrt sich seine segensreiche Wirkung in das Gegenteil. Im Gegensatz zum Sport erstrebt das Turnen keine Höchstleistungen, sondern eine methodische Massenausbildung. Sport und Turnen sind keine Gegensätze, — ausgenommen nur in ihren Auswüchsen und Mängeln. Die internationalen Olympien sind reine Sportfeste mit Betonung der Höchstleistungen; denn nur dadurch wird die Veranstaltung möglichst glanzvoll, und dieser Punkt rückt bei den internationalen Olympien in den Vordergrund, während die wertvollsten Mittel der Körperzucht zurücktreten. Als wertvollste Mittel der Körperzucht haben wir anzusehen die methodische Turnerei und das Kampfspiel, das aber unbedingt einen rein nationalen Charakter tragen muß. Eine Olympie, welche die Körperzucht in den Vordergrund stellt, kann nur einen nationalen Charakter tragen. Wenn auch zugegeben werden soll, daß die internationalen Olympien den Wert haben, ganze Völker zum Betriebe der Körperzucht anzuregen, und dadurch ihnen ein bedeutsamer Wert nicht abzusprechen ist, so haben doch die nationalen Olympien den Vorteil, daß sich bei ihnen Auswüchse besser vermeiden lassen, sodaß sie eine größere Aufmerksamkeit und Berücksichtigung verdienen.

Fräulein Dr. R. Hirsch (Berlin) sprach über die körperliche Ertüchtigung der Frau. Solange das junge Mädchen die Schule besucht, wird für ihre körperliche Ausbildung etwas getan. Viel weniger schon nach dieser Zeit, und nach der Verheiratung gar nichts. Die Vernachlässigung der körperlichen Ausbildung ist eine grobe Unterlassungssünde. Die Frau, die ihren Körper kräftig und gesund gestaltet, wird sich ihrer Familie länger gesund und frisch erhalten, wird eine bessere Mutter und eine bessere Ehefrau sein. Für diese körperliche Ertüchtigung der Frau ist es nicht notwendig, daß sie komplizierte Sportarten treibt. Am meisten zu empfehlen sind regelmäßige Spaziergänge, aber man soll dabei berücksichtigen, daß nur der reine Spaziergang, der ausschließlich als solcher angesehen wird, einen hygienischen Wert hat. Die Erledigung der häuslichen Besorgungen als eine hygienisch zweckmäßige Bewegung anzusehen, ist unrichtig. Neben dem Gehen kommen gymnastische Übungen, Schwimmen, Rudern, Golf, Tennis usw. in Frage. Die gesunde Frau kann ebenso Sport treiben wie der gesunde Mann, soll sich aber natürlich vor den Übertreibungen ebenso hüten wie jener. Grundbedingung wäre allerdings eine Verbesserung in der Frauenkleidung. Es ist keineswegs richtig und zweckmäßig, die Frau, welche geboren hat, stets unter dem Gesichtswinkel des Gynäkologen zu betrachten.



Aus der Diskussion über diese mit großem Beifall aufgenommenen Vorträge seien nur einige Bemerkungen hervorgehoben. Herr Prof. de la Camp (Freiburg i. Br.) erinnert an die Häufigkeit der akuten Herzinsuffizienzien nach Sportübertreibungen (Skiherz), auch wo keine konstitutionellen Anomalien vorhanden waren, und weist auf die Bedeutung der geringeren Lüftung der Lungen für die Entstehung der Tuberkulose hin. — Herr Chefredakteur Doerry (Berlin) hält es für notwendig, daß in den Sport- und Turnvereinen die jungen Mitglieder systematisch unterrichtet werden müssen, wie sie Sport treiben und turnen sollen, worauf Herr Dr. Willner (Berlin) anregte, daß die Forschungsinstitute nicht nur wissenschaftlichen Zwecken dienen sollen, sondern vor allem auch dem Unterricht mit besonderer Berücksichtigung der Schulärzte. Herr San.-Rat Dr. Toeplitz (Breslau) begrüßt als Turner ganz besonders die Gründung des neuen Sportwissenschaftlichen Laboratoriums wie überhaupt jede Stelle, welche auf die Schädigungen hinweist, die durch Übertreibungen von Körperübungen entstehen. In letzterer Hinsicht richtet das Turnen naturgemäß weniger Unheil an als der Sport, da es keine Höchstleistungen erstrebt und vor allem körperlich nicht einseitig belastet. Herr Prof. v. Grützner (Tübingen) weist auf die Bedeutung der Alkoholabstinenz bei allen höheren Leistungen im Sport und Turnen hin, da er anfangs zwar — und das ist das Diabolische am Alkohol — anregend, dann aber erschlaffend wirkt.

Herr Prof. Dr. Grober (Jena) sprach über den Einfluß dauernder körperlicher Leistungen auf das Herz. Er erinnert an die wertvollen Arbeiten von Bollinger (München), welcher eine Vergrößerung des Herzens unter dem Einfluß längerer körperlicher Arbeit beim Menschen feststellte. In der ganzen Tierreihe zeigt sich die Erscheinung, daß das Herz relativ um so größer ist, je größer die Arbeitsleistung und Bewegung des einzelnen Tieres ist. Unter den bekannteren Tieren hat das relativ größte Herz das Reh, das relativ kleinste das Schwein. Sehr interessant ist auch die Tatsache, daß das Herz der domestizierten Tiere kleiner ist als das ihrer wilden Stammesgenossen. So ist das Herz des Stallkaninchens viel kleiner als das des wilden Kaninchens oder gar des Hasen. Der Unterschied in der Muskulatur tritt ganz besonders deutlich hervor in der rechten Herzkammer. Daraus darf man wohl den Schluß ziehen, daß die Arbeit und die körperliche Überanstrengung zuerst die rechte Herzkammer angreifen. Diese Erscheinung dürfte wohl auch in Zusammenhang zu bringen sein mit der Tatsache, daß sich als Folge akuter Überanstrengungen leicht zunächst ein Emphysem zeigt.

Herr Prof. v. Grützner (Tübingen) demonstrierte einen durchaus sinnreich konstruierten und einfachen Apparat zur Beurteilung der Herztätigkeit. Es handelt sich um ein Glasröhre, die auf den Finger aufgesetzt wird und am anderen Ende in ein etwa 6 cm langes Steigrohr von 2 mm Durchmesser ausläuft. Sie wird mit Wasser gefüllt, und da sich der Druck des Blutes auf das Wasser überträgt, kann man an dem Steigrohr verschiedene Erscheinungen der Herztätigkeit deutlich beobachten, vor allem die Zahl der Pulsschläge, die Stärke des Herzschlages, die Art der Atmung, den Valsalva und vieles andere. Der große Vorteil dieses Apparates ist seine leichte Handhabung, die es gestattet, überall die Untersuchungen auszuführen und zu demonstrieren.



Herr Prof. Dr. Strubell (Dresden) sprach über das Elektrokardiogramm der Schwimmer. Vortragender war der erste, der im Jahre 1909, also schon zwei Jahre vor der Dresdener Hygiene-Ausstellung, die Teilnehmer an einem sportlichen Ereignis vor und nach der Leistung elektrokardiographisch und natürlich auch klinisch untersucht hat. Das Ergebnis seiner Untersuchungen war ein außerordentlich wertvolles. Es zeigte namentlich eine besonders ausgeprägte, hohe und steile Nachschwankung (F-Zacke) im Elektrokardiogramm. Diese Nachschwankung im Elektrokardiogramm ist eine Funktion der Jugend, der Gesundheit und des Trainings.

. Herr Prof. Dr. Nicolai (Berlin) erörterte das Thema Sport und Herz. Früher hat sich als Grundursache der meisten Krankheiten eine Überarbeitung gezeigt. Nachdem aber die Maschinen den Menschen die Arbeit abgenommen haben, sind die Verhältnisse anders geworden. Den Sport als Heilmittel anzuwenden, wie man vielfach vorgeschlagen hat, hält Vortragender noch nicht für angebracht, vor allem nicht, solange der Ehrgeiz beim Sport im Vordergrunde steht. Daß der Sport vielfach die Gesundheit angreift, ist bekannt. Von allen Organen, die dabei betroffen werden können, steht das Herz an erster Stelle. Das kommt daher, daß die Organe beim Sport überanstrengt werden, namentlich die Muskeln, und daß sie infolgedessen einer besseren Ernährung bedürfen. Diese Aufgabe fällt dem Blut und weiter dem Herzen zu. Daß das Herz beim Sport das wichtigste Organ ist, wissen die Sporttreibenden genau. Nicht die Kraft der Armmuskulatur verleiht dem Ruderer den Sieg, nicht die Kraft der Beinmuskulatur dem Läufer, sondern die Kraft des Herzens. Vortragender geht dann genauer darauf ein, daß es falsch ist, von jedem vergrößerten Herzen als von einem kranken Organ zu sprechen. Jede höhere Arbeitsleistung bedingt eine Vergrößerung des Herzens. Die Vergrößerung des Herzens ist kein Nachteil, sondern bedeutet vielfach eine Erhöhung seiner Funktionstüchtigkeit, so daß eine mäßige Hypertrophie oft eine nützliche Erscheinung darstellt. Das ist allerdings nicht zu behaupten von einer starken Hypertrophie. Die akute Dilatation ist stets als schädlich anzusehen. Das Herz mäßig hypertrophieren zu lassen, ist eine therapeutische Maßnahme. Hierauf beruht auch die leider in Mißkredit geratene Örtelsche Kur, die nicht als Anstrengung angesehen werden darf, sondern als eine schonende Prozedur, und deswegen möglichst vorsichtig und auf dem Wege des langsamen Trainings vor sich gehen soll. Beim Sport soll man vor allen Dingen niemals mit offenem Munde atmen, soll darauf achten, ob der Puls sich schnell wieder erholt und daß der Sporttreibende nicht bleich wird. Zeigt sich eines dieser Symptome, dann ist das Zeichen dafür gegeben, daß der Sport übertrieben wurde. Wer Sport treiben soll, wieviel Sport der einzelne Mensch treiben kann und welchen Sport er auswählen soll, das alles bedarf einer genauen und sorgfältigen Prüfung.

In der Diskussion über die letzten Vorträge machte Herr Prof. v. Grützner (Tübingen) darauf aufmerksam, daß beim Radfahren nicht so sehr die körperliche Anstrengung als schädigendes Moment anzusehen ist, sondern vielmehr die Ruhigstellung des Brustkorbes und die Beengung des Herzens. Wie sehr das Herz beim Radfahren in Mitleidenschaft gezogen wird, dafür spricht die Mitteilung von Herrn Stabsarzt Dr. Müller (Landesturnanstalt Spandau), daß



bei der militärischen Ausmusterung wenigstens 40 % derjenigen, die wegen Herzerkrankung zurückgestellt werden, angeben, Radfahrer zu sein. Herr Dr. Zander (Berlin) weist auf die Bedeutung der maschinellen Heilgymnastik für die Körperbewegung hin, die sich gut dosieren und kontrollieren läßt. Herr Dr. Mallwitz (Berlin) erinnert an die Schädlichkeit der übertriebenen Gepäckmärsche und empfiehlt die Abendläufe im Walde, wie sie jetzt im Grunewald vorgenommen werden. Die Örtelschen Terrainkuren sieht Herr Geheimrat Prof. Dr. Eulenburg (Berlin) für segensreiche Maßnahmen an und führt die Abneigung und den Widerspruch gegen die Örtelschen Kuren nur auf die Beschränkung der Flüssigkeit und die sonstigen diätetischen Maßnahmen hin, die ganz gegen Örtels Intentionen als Entfettungsmittel ausgegeben werden. Herr Dr. Krieg (Hamburg) schlägt vor, Erhebungen über die Gesundheitsverhältnisse der Telegrammbesteller und der Radfahrerboten anzustellen, denen im jugendlichen Alter so schwere Überanstrengungen aufgebürdet werden.

Herr Dr. Mallwitz (Berlin) sprach über die bisherigen Olympiaden und das moderne Sportlaboratorium. Ausgehend von den großen Spielen in Athen gibt Vortragender einen Überblick über die Verdienste des Reichsausschusses für olympische Spiele. Zunächst teilt er seine Erfahrungen in bezug auf Klima, Wohnung, Ernährung, Training u. a. mit, ferner die Ergebnisse der Fragebogen über Alkohol, Tabak usw. Vortragender stellte eine Denkschrift in Aussicht, die all diese Fragen bearbeitet, ging dann auf die umfassende Organisation der Sportabteilung der Hygiene-Ausstellung Dresden 1911 ein und zeigte, daß er als Leiter dieser Abteilung die Grundsteine für den Aufbau eines neuen Forschungszweiges der medizinischen Wissenschaft gegeben habe. Die Konstituierung des nun permanenten sportwissenschaftlichen Forschungsinstitutes in Charlottenburg und des Reichsverbandes sei die Krone dieser Bestrebungen, die das Deutsche Reich bei der sechsten Olympiade 1916 in Berlin an die erste Stelle der Nationen setzen dürfte.

Herr Dr. Schlepegrell (Hamburg) gab einen Überblick über das Golfspiel und seine Bedeutung für den Sport und die Gesundheit. Im Anschluß daran erläuterte er die Oberhofer Golfanlage, die in ihrer Art unerreicht sein dürfte.

Herr Dr. Willner (Berlin) teilte seine Beobachtungen an den vier Berliner Sechstagerennen mit. Er hält die Sechstagerennen für höchst schädlich, geradezu für unsinnig. Allerdings sind sie für den Arzt ein Fundgrube zu Studien und Beobachtungen über die Schädlichkeit der Übertreibung des Sports. Beim ersten Sechstagerennen hatte Vortragender ein großes Laboratorium eingerichtet; es zeigte sich aber bald die Unzulänglichkeit dieser Institution. Interessant war bei den Ausführungen, daß die wichtigste Folge der Überanstrengung eine Verstopfung von hartnäckiger Form war. Allgemein interessierten auch die Ausführungen des Vortragenden über die schwarze Kunst und die eigenartige Tätigkeit des berüchtigten amerikanischen Medizinmannes, den sich die amerikanischen Sportsleute für diesen Zweck mitgebracht hatten und den sie als ihren Siegeshelfer priesen. Vortragender ist der festen Überzeugung, daß das neue Forschungsinstitut dem Sport große Dienste leisten und manchen Menschen dem Sport zuführen wird, da heute die Unkenntnis des hygienischen Wertes und der vom Arzte zu ziehenden Grenzen viele vom Sport

zurückhält. Auffallend und interessant ist die Tatsache, daß Sport und Militärtauglichkeit zwei ganz verschiedene Dinge sein können und in ihrer heutigen Form auch sind. So waren die meisten Matadoren des Sports für militäruntauglich erklärt worden, und zwar, so eigenartig es auch klingen mag, meist wegen allgemeiner Körperschwäche, zum Beispiel Robl, Brütt u. a. m. Das beste Kriterium, ob eine Übertreibung des Sports vorliegt oder nicht, ist die Beobachtung des Pulses. Außerordentlich bewährt hat sich der Röntgenapparat und das Elektrokardiogramm, das leider dem Vortragenden für seine Beobachtungen an den Berliner Sechstagerennen nicht zur Verfügung stand. Die Sauerstoffatmung hat sich nicht bewährt, sondern sie wirkte vielmehr durch die plötzliche Änderung wie ein Shock auf die Menschen ein. Die Eiweißausscheidung war auffallend hoch, aber nach längerem Fahren besserte sich die Funktion der Nieren sehr schnell.

Herr Dr. Krieg (Hamburg) erörterte die Beziehungen des weiblichen Geschlechts zu Turnen und Sport. Es ist außerordentlich bedauerlich, daß das weibliche Geschlecht so wenig Interesse und noch weniger Verständnis für diese Frage hat. Wichtig ist es, daß man bei der Ausübung des Sports auf die physiologische Eigenart des weiblichen Organismus die größte Rücksicht nehme. Einer besonderen Schonung bedürfen die Tage vor der Menstruation und die Entwicklungsjahre. Natürlich ist die Kombination dieser beiden Momente um so bedeutsamer. Erschwert wird die Frage besonders durch die Tatsache, daß die Periode lange nicht so regelmäßig auftritt, als man gewöhnlich annimmt. Die Zeit, die den Entwicklungsjahren unmittelbar vorausgeht, verdient ebenfalls die größte Sorgfalt, weshalb auch dem Turnunterricht der Mädchen in der Schule eine sorgfältige Kontrolle von ärztlicher Seite gewidmet werden muß. Außer der rein gesundheitlichen Seite soll auch die ästhetische berücksichtigt werden. Durch zu starke Körperleistungen erleidet der weibliche Habitus leicht Veränderungen nach der männlichen Seite hin. Zum Schlusse empfiehlt Vortragender dringend eine größere Beobachtung der Körperübungen von seiten des weiblichen Geschlechts.

Herr Med.-Rat Dr. Matzdorff (Schmalkalden) beleuchtete die Bedeutung der Leibesübungen für die Landjugend. Zunächst brachte er einen wertvollen Überblick über die Schäden, denen die schulentlassene Jugend in den Werkstätten der im Kreise Schmalkalden besonders gepflegten Hausindustrie ausgesetzt sind. Außer der Bedeutung der Leibesübungen für die körperliche, geistige, sittliche und wirtschaftliche Entwicklung der Landbevölkerung hebt er besonders ihren sozialpolitischen Einfluß hervor. Wie bisher wird die Landbevölkerung maßgebend sein für die Wehrhaftigkeit des Landes und staatserhaltend wirken, wenn die Leibesübungen als der wichtigste Zweig der Jugendpflege in richtiger Weise unter der Landjugend Eingang finden, nach dem Grundsatze: Wer die Landjugend hat, hat die Zukunft. Besonders hervorgehoben werden noch die Verdienste des Landrats Geheimrat Hagen (Schmalkalden) auf dem Gebiete der Pflege der Leibesübungen und des Spiels bei der Landbevölkerung.

In der Diskussion über die letzten Vorträge weist Herr Dr. Willner (Berlin) auf die besonderen Schädlichkeiten des Radfahrens in den Tagen vor der Menstruation hin, da hierbei Stauungserscheinungen im Zirkulationsapparat in den Vordergrund treten, und betont die Schädlichkeit des jetzt modernen, tiefhinuntergehenden Korsetts.



Die Ansicht von der schädlichen Einwirkung des Korsetts hob auch Herr Prof. F. A. Schmidt (Bonn) hervor, wobei er besonders betonte, daß durch das Korsett die Rückenmuskulatur stark geschädigt würde. Die Angabe, daß durch die Körperübungen der weibliche Habitus nachteilig beeinflußt würde und sich dem männlichen näherte, kann Redner nicht teilen. Herr San.-Rat Dr. Toeplitz (Breslau) hob den Einfluß der Turn- und Spielvereine für die Landjugend hervor, der auch von den Fabrikbesitzern anerkannt wurde; auch die Tätigkeit des Jungdeutschlandbundes in dieser Hinsicht ist von großer Bedeutung. Die Ansicht, daß die Kinder der Landbevölkerung körperlich eine bessere Ausbildung zeigten und günstiger ernährt werden als die der großen Städte, kann Vortragender aus seiner reichen Erfahrung nicht teilen. Die Annahme, daß Gipfelleistungen beim weiblichen Geschlecht den männlichen Habitus bei ihnen begünstigten, kann Herr Dr. Friedenthal (Breslau) nicht als richtig anerkennen und behauptet vielmehr, daß man Ursache und Wirkung dabei verwechselt, daß Gipfelleistungen im allgemeinen nur von denjenigen Frauen erstrebt werden die auch sonst, namentlich in ihrem Denken und Fühlen dem männlichen Typus zuneigten. Herr General Jung (Charlottenburg) tritt ganz energisch für die Pflege der Leibesübungen auf dem Lande ein und weist auf die kolossale Abwanderung der Landjugend in die Städte hin. Als einen wichtigen Zweig der Atmungsgymnastik empfiehlt Herr Dr. Weidhaas (Oberhof) den methodischen Gesangsunterricht.

Herr Dr. Bieling (Friedrichroda) sprach über Winterkuren und Wintersport in der Behandlung neurasthenischer Zustände. Er besprach die Erfahrungen, die er in einer Reihe von Wintern mit Winterkuren und eventueller gleichzeitiger Verwendung des Wintersports als Heilmittel an seinen Neurasthenikern gesammelt hat. Er stellte drei Typen von Neurasthenie auf, die angeborene, anerzogene und erworbene. Sodann bespricht er die winterlichen Klimate sowie die den Zweigen des Wintersports zukommenden Eigentümlichkeiten und ihre Einwirkungen auf den kranken Organismus. Die psychotherapeutische Seite des Wintersports ist von außerordentlich hohem Wert. Vortragender kommt zu dem Schluß, daß die winterlichen Klimakuren in Verbindung mit dem Wintersport, wenn er richtig dosiert und ärztlich überwacht ist, gute Resultate in der Therapie der Neurasthenie erzielen lassen.

Herr Dr. Jäger (Leipzig) teilte seine Erfahrungen über den Skilauf mit. Er hob besonders hervor, daß Unfälle beim Skisprung, wenn er auch so gefährlich aussehe, lange nicht so häufig sind und infolge seiner Anlage sein können, wie man gewöhnlich annimmt. Beim Skilaufen ist es wichtig, den Mund geschlossen zu halten. Den Schädigungen des Ohres wird auch nicht genügend Aufmerksamkeit entgegengebracht. Das Skiherz, das Herr Prof. de la Camp beschrieben hat, hat Vortragender nicht beobachtet. Das führt er darauf zurück, daß in Sachsen nicht so schwere Aufstiege sind, wie auf den Feldberg im Schwarzwald und daß es wohl diese schweren Aufstiege sein dürften, die das Herz am meisten belasteten. Das weibliche Geschlecht eignet sich für den Skilauf nach den Erfahrungen des Vortragenden besser als das männliche. Allerdings ist die Kleidung sorgfältig zu berücksichtigen und besonders das Korsett abzulegen. Für die Ernährung des Menschen beim Sport empfiehlt Vortragender den Zucker, aber nicht in Substanz, sondern in Lösung, da er so am besten vertragen

wird. Schließlich wendet er sich gegen den Mißbrauch, den man beim Sport mit übermäßigem Genuß der Zitrone treibt.

Herr Dr. Friedenthal (Breslau) sprach über neue Methoden von anthropometrischen Messungen. Er betonte, daß man die Photographie zu stark vernachlässigt habe, und teilte mit, daß er die Meßmethoden wesentlich vereinfacht hat. Im Prinzip handelt es sich darum, daß jeder Punkt einer Körperoberfläche zweimal abgebildet wird. Das kann man einmal dadurch erreichen, daß man eine Stereoskopkamera benutzt und anderseits dadurch, daß man den Gegenstand vor einen oder mehreren Spiegeln mit einer gewöhnlichen oder, noch besser, einer Sterokamera abbildet. In Breslau, wo man von seiten des Magistrats ein lebhaftes Interesse für die Einführung des orthopädischen Schulturnens zeigt, stellte Vortragender eine von seinem Bruder, dem Physiologen H. Friedenthal (Berlin) angegebene Spiegeleinrichtung in einer Turnhalle auf und hofft, auf dem nächsten Kongreß Meßbilder zeigen zu können, welche den Wert oder Unwert einzelner Übungen zeigen sollen.

Herr Dr. Mallwitz (Berlin) sprach über Sport und Sexualität. Er hob hervor, daß die sexuelle Abstinenz beim Training nicht so in dem Vordergrund stehe, wie die Abstinenz von Alkohol, Nikotin usw. Sie wird nur bei jungen Leuten erstrebt, um Geschlechtskrankheiten zu vermeiden. Für die Behandlung der sexuellen Neurasthenie dürfte man in Sport und Turnen ein gutes Heilmittel sehen, ebenso für die Frigidität der Frau. Die Kräftigung der Muskulatur des Weibes, die für die Geburt in Frage kommt, ist von großer Bedeutung.

Zur Verlesung gelangte der Vortrag von Herrn Geheimrat Prof. Dr. Zuntz (Berlin) über den Wert der Physiologie für die Leibesübungen. Die Kenntnis der Einwirkung der Leibesübungen auf die mannigfachen Formen und Funktionen unseres Organismus ist von großer Bedeutung. Wir sind mit dem Studium dieser Frage nur in den allerersten Anfängen. Unter den Aufgaben, welche die praktische Physiologie in dieser Hinsicht zu bearbeiten hat, stehen im Vordergrund die Ermittelung des Maßes von körperlicher Arbeit, welches in den verschiedenen Lebensaltern und bei beiden Geschlechtern den günstigsten Einfluß auf die körperliche und geistige Entwicklung ausübt, sodann das Studium der besonderen Einwirkungen, welche die verschiedenen Körperleistungen beim Turnen, bei der Gymnastik, bei den mannigfachen Formen des Spieles, bei Rudern, Radfahren, Wandern, Bergsteigen usw. auf die einzelnen Organe ausüben. Dabei ist besonders eingehend die Tätigkeit der einzelnen Organe unter dem Einfluß des Sports zu studieren. Schließlich ist es notwendig, Höchstleistungen und Wettkämpfe daraufhin zu untersuchen, ob und unter welchen Umständen durch sie länger nachwirkende oder gar dauernde Gesundheitsstörungen hervorgerufen werden können und wie man eventuell eintretende Schädigungen durch Medikamente oder sonstwie beeinflussen kann.

Gelegentlich des Kongresses wurde auf Vorschlag der Vereinigung zur wissenschaftlichen Erforschung des Sportes und der Leibesübungen die Gründung eines Reichskomitees zur wissenschaftlichen Erforschung des Sportes und der Leibesübungen beschlossen, um die Aufgaben, welche die Vereinigung sich zum Ziele gemacht hat, über ganz Deutschland auszu-



dehnen. Aus den Ausführungen des Schriftführers der Vereinigung, des Herrn Prof. Nicolai (Berlin) ging hervor, daß die Stadt Charlottenburg namentlich durch die Fürsprache ihres medizinischen Stadtrats Dr. Gottstein der Gründung des wissenschaftlichen Forschungsinstituts ein lebhaftes Interesse entgegengebracht hat und vor allem außer der finanziellen Förderung auch eine Verbindung mit den Schulärzten ermöglicht hat. Vorläufig wird in Charlottenburg ein provisorisches Laboratorium errichtet, das dann einem in jeder Hinsicht mustergültigen und vorzüglichen definitiven Laboratorium Platz machen soll, dessen Pläne Herr Hofbaurat Wehe (Berlin) eingehend demonstrierte. Aus der Diskussion, die sich an diesen Vorschlag anschloß, sei nur hervorgehoben, daß alle Kreise in gleicher Weise die Begründung des Forschungsinstituts mit Freuden begrüßten, besonders die Vertreter des Sports und der Turnerschaft sowie der Volks- und Jugendspiele und die Preußische Landesturnanstalt. Der Statutenentwurf wurde im Prinzip genehmigt, soll aber noch von einem dazu gewählten Ausschuß genauer beraten werden.

Von größtem Interesse waren die Vorführungen und Demonstrationen der Oberhofer Sportplätze, vor allem des Golfplatzes, der in unmittelbarer Nähe des Golfklubhotels liegt, in dem die Versammlung tagte und um dessen Anlegung sich Herr Geheimrat Douglas ganz besondere Verdienste erworben hat. Desgleichen interessierten die wundervollen Bobsleighbahnen, Rodelanlagen und vor allem der Sprunghügel von Oberhof, das auf der Höhe von über 800 m inmitten der prachtvollen Thüringer Tannenwaldungen so recht zum Sport einlädt, aber dabei auch das methodische Turnen, wenn überhaupt Sport und Turnen noch als Gegensatz gelten dürfen, nicht vernachlässigt, wie die mit großem Beifall aufgenommenen Vorführungen des Herrn Oberturnwarts Kallenbach (Oberhof), die den Begrüßungsabend verschönerten, beweisen konnten. Lichtbildervorführungen durch den Vorsitzenden des Oberhofer Sportvereins Herrn Gebhardt, welche durch Herrn Dr. Rautenberg (Oberhof) in ihrer hygienischen und überhaupt ärztlichen Seite ausführlich erklärt wurden, gaben ein durchaus anschauliches Bild von Oberhof in der Sportsaison.

Der Verlauf des I. Sportwissenschaftlichen Kongresses in Oberhof dürfte eine Gewähr dafür bieten, daß der neue junge Zweig der Wissenschaft recht bald bedeutsame Früchte tragen dürfte nicht nur für die reine Wissenschaft, sondern vor allem in praktischer Hinsicht für das Wohl des wichtigsten Teiles unserer Bevölkerung, besonders für das Wohl der heranwachsenden Jugend.

Jodglidine bei Magen-Darm-Kranken.

Aus der Poliklinik für Magen- und Darmkranke von Dr. M. Alexander.

Trotz aller Fortschritte in der Medizin, trotz aller mehr oder minder spezifischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch Sera und Ähnliches ist der allgemeine Praktiker nach wie vor darauf angewiesen, zum Wohle seiner Patienten auf die altbewährten Heilmittel zurückzugreifen. Und für welches Medikament gälte das mehr als für das Jod, das von jeher bei den verschiedenartigsten Erkrankungen aus dem Gebiete der inneren Medizin — von den syphilitischen



Affektionen ganz zu schweigen — in Betracht kam? Aber so bestimmt auch der Arzt weiß, daß er Jod anwenden will, so schwankend wird er bei der Wahl des zu verordnenden Präparates, besonders in den Fällen, wo es gilt, lange Zeit hindurch Jod nehmen zu lassen, ohne daß dem Patienten Schädlichkeiten daraus erwachsen. Und dergleichen Schädlichkeiten stellen sich ja — wie allgemein bekannt — nach kürzerer oder längerer Darreichung bei fast allen Jodpräparaten ein, von dem einfachen Jodalkali angefangen bis zu den teuersten Jodspezialitäten. Selbst wenn alle anderen Nebenwirkungen ausbleiben: eine ungünstige Beeinflussung des Magendarmtraktus läßt sich, auch bei vorher ganz intakten Organen, fast immer konstatieren. Wir müssen daher, wenn wir Magen- oder Darm-Kranken Jod geben wollen; doppelt vorsichtig sein. — Der Fälle, wo wir dies tun müssen, gibt es ja durchaus nicht wenige. Sei es nun, daß Magendarmstörungen auf arteriosklerotisch-nervöser Basis vorliegen, sei es daß Patienten mit chronisch-diffuser Bronchitis oder chronischer Nephritis wegen ihrer so häufigen Magenerscheinungen den Arzt aufsuchen, sei es daß Lues in der Anamnese eines Magenkranken Hinweis und Handhabe für das ärztliche Handeln bietet, oder daß schließlich ein Ösophaguskarzinom die Darreichung von Jod erheischt, ein Leiden, bei dem ja bekanntermaßen Jod günstig symptomatisch einwirkt, besonders in bezug auf die Schleimsekretion. Speziell muß auch bei den genannten Affektionen darauf Rücksicht genommen werden, daß es sich meist um unterernährte Individuen handelt, bei denen es darauf ankommt, das Körpergewicht zu erhöhen oder wenigstens leidlich zu erhalten. —

In allen solchen Fällen, von denen ich daraufhin eine größere Anzahl besonders beobachtet habe, hat sich mir nun die Jodglidine sehr gut bewährt. Es ist dies bekanntlich ein von Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz, in Tablettenform hergestelltes Präparat, bei dem das Jod an nucleinfreies, reizloses Pflanzeneiweiß so gebunden ist, daß der Eiweißcharakter wenig verändert und das Jod, hauptsächlich im Darm, allmählich und kontinuierlich zur Resorption gelangt, und zwar habe ich es erst in Anwendung gebracht, nachdem ich zum Teil in den zu beschreibenden, zum Teil in ähnlichen Fällen von anderen Jodpräparaten weniger Günstiges gesehen hatte.

Zur Illustration des eben Gesagten lasse ich jetzt einige Krankengeschichten als Paradigmata folgen.

Fall 1. A. S. 28 J.

Mutter ist nervös; sonstige Heridität: 0. Von Kindheit an schwächlich, aber keine ernsteren Krankheiten. Seit 2 Jahren Nervenschmerzen, besonders in den Lendengegenden. Mehrere Jahre lang wegen Mangels an Magensäure behandelt. — Appetit seit langer Zeit schlecht; Abmagerung; öfters Hochkommen von Speisen, Zusammenlaufen von Wasser im Munde und hie und da echtes Erbrechen. — Stuhl im allgemeinen angehalten. Vor 4 Wochen, 4 Tage anhaltend, heftige Darmkolik mit starken Durchfällen. — Pat. hat keinerlei Lungenerscheinungen, ist sehr nervös; Potus negiert; vor 6 Jahren „gemischter" Schanker, mehrere Inunktions- und Spritzkuren.

St. pr.: Starke Magerkeit (Gewicht: 60,25 kg.). Thorax: 0. Abdomen: im ganzen Epigastrium leichte Druckempfindlichkeit; stärkerer Druckschmerz in beiden abhängigen Partien des Leibes, in



der Intensität wechselnd. — Kontrahierte Darmschlingen; hinten kein Druckpunkt. Urin: 0. — Probefrühstück: leidlich chymifiziert, anazid.

Unter entsprechender Diät, hydrotherapeutischen Maßnahmen und innerlicher Darreichung von Jodkali blieb anfangs der Zustand unverändert. Jodkali wurde nicht vertragen und mußte daher bald abgesetzt werden. Nach Verordnung von Jodglidine — bei gleichbleibender sonstiger Behandlung — besserte sich allmählich das subjektive Befinden und das Körpergewicht stieg auf 64,5 kg.

Fall 2.: G. G. 48 J.

Früher stets gesund. — Vor 10 Jahren Gelenkrheumatismus. Seit 4 Monaten linksseitige Mittelohrentzündung; vor 7 Wochen Radikaloperation. — Vor 14 Tagen, nach der Entlassung aus der Klinik, Fieber und Kopfschmerzen; Nervenbefund (spezialärztlich aufgenommen) ergibt nichts Abnormes. — Seit 8 Tagen häufig Aufstoßen, fast geschmacklos; Speichelfluß; Druck in der Magengegend nach dem Essen, von der Qualität der Speisen unabhängig. — Appetit gut. — Stuhl regelmäßig. — Sehr nervös. Mäßiger Potus konzediert; vor 25 Jahren Ulcus durum: 2 Injektionskuren, 1 Schmierkur. — Nikotinabusus (Zigaretten) konzediert. — Furcht vor Magenkrebs.

St. pr.: Starke Steigerung der Sehnenreflexe; Erloschensein des Rachenreflexes. Pupillen reagieren prompt. Sonstiger Organbefund normal. Urin: 0. — Ord.: Heiße Kompressen, Cerium oxalic. — In der nächten Zeit war das Befinden wenig verändert. Nach längerem Gebrauch von Jodglidine verschwanden die Beschwerden; das Körpergewicht war von 67 kg auf 71 kg gestiegen.

Fall 3.: H. H. 38 J.

Klagt seit mehreren Jahren über Husten ohne Auswurf, Schweiße, zeitweisen Appetitmangel, verbunden mit Völlegefühl. Übelkeit, saurem Aufstoßen und häufigem Erbrechen. Stuhl regelmäßig. Patient ist nervös und hat in der letzten Zeit an Körpergewicht abgenommen. — Potus für früher konzediert, Lues negiert.

St. pr.: Starke Steigerung der Sehnenreflexe bei gutem Ernährungszustande. Deutlich palpable, in der Konsistenz etwas vermehrte Leber mit scharfem, unteren Rand und glatter Oberfläche. Sonst keine Veränderungen. Thorax bis auf vereinzeltes Giemen o. B. Urin: 0.

Unter Anwendung von Hitze auf den Leib und Jodglidine verschwanden die Magenerscheinungen; der Husten wurde anfänglich noch etwas stärker, verschwand aber nach längerem Gebrauch von Jodglidine vollständig. —

Fall 4.: F. L. 45 J.

Früher stets gesund. Seit 5 Wochen Schluckbeschwerden und Regurgitation nach Genuß fester Speisen, während Flüssigkeiten glatt passierten. Starke Abmagerung. — Stuhl regelmäßig. Potus konzediert; Lues negiert.

St. pr.: Die T r o u s s e a u'sche und stärkere Nummern fester Sonden stoßen bei 37 cm hinter der Zahnreihe auf einen Widerstand, der von Sonde von Nr. 2 noch passiert wird. Sonstiger Befund o. B.

Unter regelmäßiger Sondierung, entsprechender Diät und Darreichung von Jodglidine in möglichst zerkleinerter Form sind die Beschwerden des Patienten jetzt nach einer mehr als vierteljährlichen Behandlung relativ sehr gering; das Körpergewicht ist konstant geblieben. —



Fall 5.: A. W. 43 J.

Seit mehreren Jahren Husten ohne Auswurf, in der letzten Zeit stärker. Seit 2 Jahren morgens nüchtern Erbrechen von Wasser und Schleim, in der letzten Zeit angeblich auch von Blutfasern. Seit 1/2 Jahr bei regelmäßigem Stuhl Jucken und Nässen am After. Appetit schlecht. Abmagerung. Sehr nervös; öfters Kloßgefühl im Halse. Potus und Lues negiert.

St. pr.: Sehr starke Steigerung der Patellarsehnenreflexe. Starke Pharyngitis. Ernährungszustand noch ziemlich gut. Leichte Druckempfindlichkeit vorn, dem Truncus coeliacus entsprechend, sowie in der Gegend des Mc. Burney'schen Punktes. Eben palpable, sonst unveränderte Leber. Thorax o. B. Urin: 0.

Das Probefrühstück war gut chymifiziert und bewies normale motorische und sekretorische Funktionen des Magens. Unter hydrotherapeutischen Maßnahmen, Alkoholabstinenz, entsprechender Diät und Darreichung von Jodglidine verschwanden die Beschwerden des Patienten in überraschend kurzer Zeit.

Fall 6.: R. Sch. 45 J.

1893 Lues; damals Behandlung mit Dampfbädern und Jodkali; im vorigen Jahre Inunktionskur und Tragen eines Merkulinschurzes. Seit langer Zeit nervös. Die jetzigen Hauptklagen sind: rheumatische Schmerzen in allen Gliedern, Druck in der Magengegend, unabhängig von Art und Zeit der Nahrungsaufnahme, Appetitmangel bei zunehmendem Körpergewicht. Potus mäßigen Grades konzediert.

St. pr.: ziemlich starke Steigerung der Sehnenreflexe; Pupillarreaktion prompt. Thorax: 0. Abdomen: undeutlich palpable Leber, sonst normaler Befund. Urin: 0. Unter Anwendung von Hitze auf die Magengegend, kaum geänderter Diät und Gebrauch von Jodglidine sehr bald Nachlassen der Beschwerden und langsame Rückkehr der Appetenz. —

Fall 7.: A. Z.: 33 J.

Vor etwa 10 Jahren Blinddarmentzündung, sonst früher stets gesund. Seit 1 Jahr Sodbrennen, besonders nach Genuß von fetten Speisen, Hülsenfrüchten und Bier. Morgens nüchtern häufig Erbrechen von Schleim, öfters Aufstoßen ohne Geschmack. — Appetit gering. Stuhl erfolgt fast nach jeder größeren Nahrungsaufnahme und ist dann meistens dünn. Keine Abnahme des Körpergewichtes. Nervös. — Potus mäßigen Grades konzediert; Lues vor 10 Jahren: 1 Injektionskur.

St. pr.: Guter Ernährungszustand. Gesteigerte Sehnenreflexe. Pupillen gleichweit, reagieren prompt Leichte Druckempfindlichkeit in der Gegend der Mc. Burney'schen Punktes Palpable, auf Druck schmerzhafte, in der Konsistenz etwas vermehrte Leber mit scharfem, unterem Rande und glatter Oberfläche. Sonstiger Befund o. B. — Urin: Spur Albumen, kein Zucker; im spärlichen Sediment keine Nierenelemente.

Nach Einschränkung des Bier- und Nikotingenusses, bei zweckentsprechender Diät und fortgesetztem Gebrauch von Jodglidine gehen die Beschwerden des Patienten langsam zurück.

In den eben beschriebenen, sowie in einer größeren Anzahl ähnlich liegender Fälle wurden die Jodglidine durchschnittlich gut vertragen, obwohl, wie ich schon oben bemerkte, in einigen Fällen andere Jodpräparate wegen der auftretenden Nebenerscheinungen

abgesetzt werden mußten. Niemals traten, auch in den Fällen nicht, wo das Mittel längere Zeit hindurch gereicht werden mußte, Störungen des Appetits oder stärkere Beschwerden des Magens auf; niemals wurde über den Geschmack der Jodglidine geklagt, und auch andere sonst gewöhnliche, Nebenwirkungen bei Jodmedikation blieben fast vollkommen aus.

Es konnte natürlich nicht meine Aufgabe sein und war auch nicht meine Absicht an der Hand der skizzierten, unter vielen blind herausgegriffenen Fälle, die ich absichtlich nicht in extenso beschrieben, sondern nur mit den knappsten Daten versehen habe, etwa neue Krankheitsbilder zu beschreiben oder neue Heilwirkungen zu verkünden, sondern ich wollte nur den Praktikern erneut zeigen, daß wir — ohne Schädigungen befürchten zu müssen — für Patienten, die uns vor allem ihrer Magen-Darm-Störungen wegen aufsuchen, und bei denen wir Jod verordnen müssen, ein Mittel in der Hand haben, das uns nicht im Stiche läßt, und das ist die Jodglidine.

Autoreferate und Mitteilungen aus der Praxis.

Psychiatrisch-neurologischer Beitrag zur Kenntnis der Schlafkrankheit und Beobachtungen in den Schlafkrankenlagern Kigarama und Usumbura in Deutsch-Ost-Afrika und aus dem Laboratorium der Kgl. psychiatrischen und Nervenklinik zu Breslau (Geh.-Rat Bonhöffer). Von Dr. Vix, **Darmstadt.**

Verfasser hatte sich die Aufgabe gestellt, eine größere Anzahl von Schlafkranken klinisch zu untersuchen und anatomisches Material zur späteren Verarbeitung zuhause zu sammeln. Es bot sich ihm Gelegenheit von 70 Kranken Krankengeschichten anzulegen, die Patienten einige Wochen zu beobachten und nach einem Vierteljahr nachzuuntersuchen. Obduktionen konnten nur in 3 Fällen vorgenommen werden.

Was die Behandlung betrifft, so kommt noch immer in erster Linie Atoxyl zur Anwendung, das bei frischen Fällen, d. h. bevor organische Veränderungen des Zentralnervensystems eingetreten sind, in etwa 25 % der Fälle Heilung bringt. Unter Heilung ist ein Freisein des Blutes und der Spinalflüssigkeit von Trypanosomen über eine Beobachtungsperiode von 2 Jahren zu verstehen. In vorgeschrittenen Fällen werden therapeutische Dauererfolge meist nicht mehr erzielt. Neben Atoxyl kommen noch andere Arsenpräparate zur Verwendung. Salvarsan hat nach inzwischen erfolgten Veröffentlichungen die darauf gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt. —

Die Krankheit, der ein langes Inkubations-Stadium vorausgehen kann, in dem sich schon im Blut Trypanosomen befinden, ohne daß das Allgemeinbefinden gestört ist, beginnt mit regelmäßigem Fieber, Kopf- und Brustschmerzen und Anschwellung namentlich der Halslymphdrüsen. Auch ohne Behandlung kann sich hieran ein Latenpstadium anschließen, bevor es zu vervösen Störungen kommt. — Zuerst machen sich dann meist die psychischen Störungen geltend. Die Pat. sind leicht benommen, verlieren die Initiative. Schlafzustände



werden indessen meist erst in den späteren Stadien beobachtet ohne auch dort gerade das Krankheitsbild zu beherrschen. Das Bild wird belebt durch mannigfache interkurrente psychotische Zustandsbilder. — Von somatischen Störungen fanden sich besonders häufig cerebellare Ataxien, Fazialisparesen und Hemiparesen, welche nach den häufig auftretenden kortikalen Anfällen als passagere oder restierende Lähmungen zurückblieben. Aber auch noch mancherlei sonstige Reiz- und Ausfallserscheinungen ließen sich feststellen. Relativ häufig fand sich Exophthalmus mit Pulsbeschleunigung. Verfasser teilt eine größere Anzahl einschlägiger Krankengeschichten mit. — Die makroskopische anatomische Untersuchung ergab nichts Charakteristisches. Mikroskopisch fanden sich im Gegensatz zur progr. Paralyse keine Störungen der Rindenarchitektonik, die Zellinfiltrationen fanden sich mehr um die gröberen, im Mark gelegenen Gefäße, als um die Rindenkapillaren. Die infiltrierenden Plasmazellen zeigten die gleichen Veränderungen, die Spielmeyer schon früher beschrieben hat; vielleicht sind sie als für Schlafkrankheit charakteristisch anzusehen. — Verfasser zieht einen Vergleich zwischen der Paralyse und der Schlafkrankheit, der aber wesentliche Unterschiede zwischen beiden ergibt. Die Schlafkrankheit entspricht klinisch dem „exogenen psychischen Reaktionstypus" Bonhöffers, wie er sich symptomatisch bei manchen Infektions- und Intoxikationskrankheiten findet. Autoreferat.

Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie u. path. Anatomie.

Wolfsohn, G., Thyreosis und Anaphylaxie. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 30.)

Hyperthyreosis und Anaphylaxie zeigen weitgehende Analogien. Leukopenie und Mononukleose, Eosinophilie und verlangsamte Gerinnbarkeit des Blutes sind Zeichen, welche beiden Zuständen eigentümlich sind. Auch die Symptome der sog. „vagotonischen Disposition" machen sich bei beiden bemerkbar.

Es ist danach nicht unwahrscheinlich, wenn man die Thyreosis als einen anaphylaktischen Vorgang ansieht. Das artfremde Eiweiß wäre in diesem Falle ein von der Schilddrüse im Übermaß sezerniertes jodiertes Albumin. Dementsprechend gelang es bei einigen Patienten mit Thyreosis, durch passive Übertragung auf Meerschweinchen im Serum dieser Patienten anaphylaktische Reaktionskörper gegen Jodoform (bezw. Jod-Eiweiß) nachzuweisen. (Zusammenfassung des Verfassers.)

M. Kaufmann-Mannheim.

Lenk, R., und Pollak, L., Ueber das Vorkommen von peptolytischen Fermenten in Exsudaten. (Wiener klin. Woch. 1912, Nr. 27.)

Als Maßstab für die peptolytische Kraft von Exsudaten wählten die Autoren das leicht spaltbare Glyzyltryptophan. Da dieses von allen Exsudaten und Transsudaten gespalten wird, bestimmten sie, bei welcher Verdünnung eines bestimmten Exsudats die Spaltung noch eintritt („peptolytischer Index"). Es ergaben sich (bei bis jetzt 165 Fällen) bemerkenswerte Unterschiede in der Spaltungskraft verschiedener Ergüsse, die z. T. eine diagnostische Verwertung gestatten: Stauungsergüsse sowie normale Zerebrospinalflüssigkeit haben nur ein relativ geringes Spaltvermögen; stärker



ist dasselbe bei akut entzündlichen Ergüssen, am stärksten jedoch bei karzinomatösen und tuberkulösen Ergüssen. Gerade letzteres erwies sich diagnostisch oft als wertvoll, so mehrmals zur Erkennung unklarer Fälle von tuberkulöser Meningitis sowie von Peritonealtuberkulose bei bestehender Leberzirrhose. M. Kaufmann-Mannheim.

Fischer, O. (Prag), **Ein Beitrag zur Frage des zerebralen Fiebers.** (Ztschr. f. Neur. u. Psych. Bd. 9, H. 3.)

Im Verlauf einer im Klimakterium aufgetretenen mit depressiven und katatonen Symptomen einhergehenden Psychose trat ein durch körperliche Veränderungen nicht erklärbares, sich gegen die üblichen Antipyretika (außer Aspirin) völlig refraktär verhaltendes kontinuierliches Fieber mit profusem Schweißausbruch auf. Eine zufällig aus anderen Gründen gegebene kleine Hyoszin-Morphiumdosis bewirkte nach 10 Minuten unter kollapsartigem Erblassen plötzlichen Temperaturabsturz zur Norm und Sistieren des Schweißes. Die Ursache ist wohl in der bekannten lähmenden Wirkung der beiden Mittel auf nervöse Elemente zu suchen. Dadurch wurde ein etwa vorhandener abnormer Reiz im Wärmezentrum beseitigt. Da geringe Dosen der erwähnten Mittel, wie sie hier verwandt wurden, zuerst die Hirnrinde angreifen, könnte man schließen, daß das in Frage kommende Zentrum in der Hirnrinde gelegen ist. Vielleicht hätte man also jetzt ein Mittel zur Beseitigung zentral bedingter Fieberzustände. Zweig-Dalldorf.

Pollitzer, H., Ueber neurogene Galaktoseintoleranz. (Wiener klin. Woch. 1912, Nr. 30.)

Pollitzer wendet sich erneut gegen die Auffassung, daß Intoleranz gegen Galaktose immer eine Schädigung der Leber bedeute. Er hat in einer Reihe von Fällen feststellen können, daß auch Individuen mit Symptomen von stärkeren Funktionsstörungen des viszeralen Nervensystems alimentäre Galaktosurie aufweisen können. Und zwar kann diese alimentäre Galaktosurie der Neurotiker genau wie die der Leberkranken ohne gleichzeitige alimentäre Dextrosurie bestehen. Eine sichere Deutung dieser neurotischen Galaktosurie steht noch aus; jedenfalls haben sich aber keine Beziehungen zwischen ihr und einer Tonussteigerung in dem zuckermobilisierenden Pankreas-Adrenalinsystem auffinden lassen. Sowohl der Diabetiker wie der pankreaslose Hund scheiden auf Galaktoseeinfuhr stets Dextrose aus. Ebenso wird unter Adrenalinwirkung auf Galaktose stets Dextrose ausgeschieden. Es scheint somit die Vermutung naheliegend, daß die neurotische Galaktosurie dahin deutet, daß die galaktoseverankernde Funktion der Leber in irgend einer Form einer nervösen Steuerung unterworfen ist, wie alle Funktionen automatisch arbeitender viszeraler Organe.

M. Kaufmann-Mannheim.

Gerganoff, D., Ueber einige Fehlerquellen bei der Beurteilung der quantitativen Fermentbestimmungen in den Faezes. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 24.)

Bei der Beurteilung der Ergebnisse von Fermentbestimmungen in den Fäzes sind gewisse Fehlerquellen zu berücksichtigen. Unter diesen verdient eine Blutbeimischung zu den Ingesta, sei es im Magen, sei es im Darm, besondere Beachtung, da sie zu einer zuweilen recht ansehnlichen Steigerung der Fermentwerte führen kann. In besonderem Grade vermögen Darmblutungen, wenn sie einigermaßen groß sind, manchmal recht erhebliche Steigerung des Fermentgehaltes herbeizuführen. Aber auch Magenblutungen können bei fehlender Salzsäureabscheidung Veranlassung dazu geben, daß der Fermentgehalt der Fäzes gesteigert ist. Bei vorhandener Säureproduktion im Magen kann ein bluthaltiger, fermentreicher Stuhl event. den — allerdings mit Reserve zu ziehenden — Schluß gestatten, daß die Blutung nicht aus dem Magen, sondern aus dem Duodenum oder aus tieferen Darmabschnitten stammt. (Zusammenfassung des Verfassers.)

M. Kaufmann-Mannheim.



Vas, B., Ueber eine Fehlerquelle bei Anwendung der Phenolphthalein-Blutprobe. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 30.)

Bei der von Boas (D. m. W. Nr. 2, 1911) für den Blutnachweis angegebenen Phenolphthaleinprobe kann präexistierender Phenolphthaleingehalt des Kotes (durch event. bis 8 Tage vorher eingenommenes Purgen usw.) fälschlich eine positive Blutprobe vortäuschen. Die Anwesenheit von Phenolphthalein im Blute erkennt man daran, daß einige Tropfen Lauge im Ätherextrakt des Kot eine auf Essigsäure verschwindende Rötung bewirken.

M. Kaufmann-Mannheim.

v. Ondrejovich Béla, Ein neues Verfahren zum Nachweis der Azetessigsäure im Urin. (Deutsche med. Woch., 1912, Nr. 30.)

Zum Azetessigsäurenachweis versetzt Verfasser 5 ccm Harn mit 5 Tropfen 50 % Essigsäure, fügt soviel 2 ‰ Methylenblaulösung zu, daß das Ganze ausgesprochen blau ist (gewöhnlich genügt 1 Tropfen) und gibt 4 Tropfen Jodtinktur hinzu, worauf das Ganze rot wird; ist Azetessigsäure vorhanden, dann wird sie spätestens in 1 Minute wieder blau resp. grün. Die Reaktion eignet sich auch zur quantitativen Abschätzung: auf viel Azetessigsäure können wir schließen, wenn nach Hinzugeben des Jods die rote Farbe gar nicht oder nur kurz sichtbar bleibt; in diesem Falle können wir tropfenweise weiter Jodtinktur zugeben, bis die Mischung binnen 1 Minute wieder blau resp. zuletzt grün wird; die Zahl der verbrauchten Jodtropfen erlaubt einen Schluß auf die Menge der Azetessigsäure. Ist von ihr aber wenig vorhanden, so bleibt die rote Farbe nahezu 1 Minute bestehen und wird dann nicht blau, sondern nur grün. Salizylpräparate, Antipyrin, Zucker, Azeton, ß-Oxybuttersäme, Glyzerin, Milchsäure, Galle, Kreatinin geben die Reaktion nicht. Sie ist empfindlicher als alle bisherigen Reaktionen und hat doch den Vorzug, daß die Phosphate nicht gefällt werden.

M. Kaufmann-Mannheim.

Innere Medizin.

Theilhaber, A., Zur Lehre von der Spontanheilung der Karzinome. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 26.)

Die Kasuistik der in den letzten Jahrzehnten beobachteten Spontanheilungen von vorgeschrittenen Karzinomen umfaßt bis jetzt schon etwa 200 Fälle. Verfasser selbst hat wiederholt nicht entfernbare kleine karzinomatöse Infiltrate im Bindegewebe sich spontan zurückbilden sehen, ebenso jetzt ein inoperables Uteruskarzinom und ein Drüsenrezidiv nach Mammakarzinom. Karzinomrezidive werden nach des Verfassers Untersuchungen gefördert durch schlechten Ernährungszustand der Operationsnarbe; er empfiehlt daher, deren Ernährung zu heben durch allgemeine Kräftigung (Gebirge, Seebäder), lokale Heißluftbehandlung, Fibrolysin, nach Uterusexstirpation Oophorin; Chochenegg empfiehlt Sonnenbäder. Auch starker Blutverlust befördert die Heilung; seit 2½ Jahren macht Verfasser daher in der 2. Woche nach der Operation einen Aderlaß von 400—500 ccm und hat den Eindruck, daß sich seine Resultate in bezug auf Rezidive gebessert haben. Die Hyperämisierung in Verbindung mit Arsenbehandlung dürfte vielleicht auch in einzelnen Fällen von inoperablem Karzinom die Naturheilung unterstützen. M. Kaufmann-Mannheim.

Kocher, Th., Ueber Kropf und Kropfbehandlung. (Deutsche med. Woch., Nr. 27—28, 1912.)

Auf den zusammenfassenden Vortrag Kochers, dessen Inhalt dem Rahmen eines Referates sich nicht einfügt, sei hier aufmerksam gemacht.

M. Kaufmann-Mannheim.

Schaumann, O., Ueber Initialsymptome und Pathogenese der perniziösen Anämie. (Deutsche med. Woch., 1912, Nr. 26.)

Verfasser hat in einem Falle von perniziöser Anämie als ein vor den

Anämiesymptomen auftretendes Frühsymptom ein periodisch vorhandenes Gefühl von Wundsein auf der Zunge, im Munde, Gaumen und Rachen festgestellt. Die Patientin hatte 85 % Hb, ca. 2½ Millionen Erythrozyten, Poikilozytose, Anisozytose und ca. 40 % Lymphozyten. Verfasser faßt das Symptom als ein toxisches auf, durch die gleiche Ursache wie die Anämie selbst bedingt. Die Periodizität dieses Symptoms wie überhaupt des ganzen Verlaufs einer perniziösen Anämie kann nicht nur durch zeitweise erhöhte Tätigkeit der blutbildenden Organe erklärt werden, sondern es müssen dabei auch immunisatorische Prozesse mit in Rechnung gezogen werden. Dafür sprechen auch die mitunter beobachteten krisenartigen Erscheinungen, und die günstige Einwirkung des Arsens dürfte ebenfalls wenigstens teilweise auf einer gewissen Fähigkeit des Mittels, die Antikörperbildung zu fördern, beruhen.

M. Kaufmann-Mannheim.

Bloch, Arteriosklerose und Unfall. (Ärztl. Sachverständigen-Zeitg. 1911, XVII. Jahrg., Nr. 24.)

Ein an der Schwelle des Greisenalters stehender und voll arbeitsfähiger Arbeiter erleidet einen Unfall, der den Kopf betrifft und aktenmäßig feststeht. Stellen sich nun nach einiger Zeit, die man nicht zu kurz bemessen darf, subjektive und objektive Erscheinungen ein, die man auf Arteriosklerose beziehen muß und die vor allen Dingen die Arbeitsfähigkeit des Verletzten herabsetzen, so ist der Unfall als indirekte Ursache der Einbuße an Arbeitsfähigkeit aufzufassen. Nach der bisherigen Spruchpraxis des Reichsversicherungsamtes ist der Unfall also ebenso zu entschädigen, als ob er die Arteriosklerose erst hervorgerufen hätte. H. Pfeiffer-Graz.

Sachs, Unfall und Herzerkrankungen. (Ärztl. Sachverständigen-Zeitg. 1911, XVII. Jahrg., Nr. 24.)

„Aus den mitgeteilten Fällen geht hervor, daß man jeden einzelnen Fall nach allen Richtungen hin auf das sorgfältigste untersuchen und durchdenken muß, wenn man sich vor Fehlschlüssen bewahren will.“

„Je seltener an sich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Unfall und irgendeiner Erkrankung ist, je häufiger eine Erkrankung ohne jeden Zusammenhang mit einem Unfall sich entwickelt und je häufiger ein bestimmter Unfallshergang ist, um so wahrscheinlicher ist von vornherein der Zusammenhang der Erkrankung mit dem Unfall, um so mehr muß verlangt werden, daß der begutachtende Arzt den Zusammenhang oder doch eine große Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges beweist.“

H. Pfeiffer-Gra.z

Banti, G., Die Splenomegalia haemolytica. (Lo Spermentale, Bd. 56, Heft 2–3 1912.)

Von dieser Affektion hat Banti bereits eine Reihe von Fällen gesehen, sie aber bis auf einen nicht weiter verfolgen können. Genau beschrieben sind erst vier, je einer von Banti (Pathologica III. Jg., 11. Okt. 1911), von Micheli (Clin med. ital. 1911), von Umber (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 55) und von Lintwarew (Ann. de l'inst. Pasteur Nr. 1—2, 1912). Ihre Hauptcharaktere sind: 1. Splenomegalie, 2. chronische progressive Anämie infolge von Hämolyse, 3. leichter hämolytischer Ikterus, 4. Abhängigkeit dieser Störungen von der Milz, 5. völlige Heilung durch Milzexstirpation. Anatomisch findet man nur Veränderungen in Leber und Milz nicht hohen Grades. Wahrscheinlich bewirken unbekannte Ursachen eine Vermehrung der normalen blutkörperchenzerstörenden Funktion der Milz, die durch die vermehrte Funktion, stärkere Blutfüllung, Detritusreste und leichte Bindegewebsvermehrung sich vergrößert. Die vermehrte Hämolyse bewirkt Anämie und Ikterus; das Knochenmark reagiert mit vermehrter blutbildender Tätigkeit. Verfasser wagt bei der in Frage stehenden Affektion trotz der lebensrettenden Wirkung der Milzexstirpation nicht wie bei der Bantischen Krankheit mit Sicherheit zu behaupten, daß die Milzvergrößerung die primäre Affektion ist. M. Kaufmann-Mannheim.



Baron, A., und **Bársony, Th., Spastischer Sanduhrmagen bei duodenalen Affektionen.** (Wiener klin. Woch. 1912, Nr. 31.)

Die Verfasser bringen zwei autoptisch sichergestellte Fälle, die beweisen, daß der spastische Sanduhrmagen im Röntgenbild bei reinen Duodenalaffektionen vorkommen kann. Wenn neben Sanduhrmagen für Duodenalaffektionen charakteristische Symptome bestehen, und wenn der Magen nach 6 Stunden leer ist, kann eine mit organischer Magenveränderung nicht komplizierte Duodenalaffektion angenommen werden.

M. Kaufmann-Mannheim.

Edelmann, A. und **Karpel, L., Eosinophilie der Harnwege im Verlaufe von Asthma bronchiale nebst einem Beitrag zur Färbemethodik der Harnsedimente.** (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 27.)

Bei der Färbung der Harnsedimente ist bisher zu wenig der Tatsache Rechnung getragen worden, daß die Harnreaktion gewöhnlich sauer ist. Die Verfasser gehen daher so vor: frischer Harn wird mit einigen Tropfen $NaHCO_3$ bis zu schwach alkalischer Reaktion gegen Lackmus versetzt und zentrifugiert, vom Sediment ein Deckglaspräparat gemacht, dieses getrocknet, entweder im Kupferofen oder im Azetonbad fixiert, 10 bis 20 Min. mit Triazid gefärbt, vorsichtig in Wasser abgewaschen, mit Filtrierpapier abgetrocknet und in Kanadabalsam eingeschlossen. Zur schnellen Orientierung empfiehlt sich auch die Färbung des aus neutralem Harn hergestellten, im Azetonbad fixierten Präparats mit dem Leishmanschen Farbstoff.

In derart gefärbten Präparaten fanden nun die Verfasser bei vier Asthmakranken nach den Anfällen eine Ausscheidung von Leukozyten im Harn mit ausgesprochener Eosinophilie, die langsam abklang. Vielleicht stellen die Harnwege einen Ausscheidungsort für die Eosinophilie dar. Bei exsudativer Diathese fand sich das Phänomen nicht.

M. Kaufmann-Mannheim.

Petersen, O. V. C. C., Von der Wirkung der „Kohlenhydrattage" in der Diabetesbehandlung. (Deutsche med. Woch., 1912, Nr. 27.)

Die Versuche des Verfassers mit verschiedenen Mehlkuren an Stelle der Hafermehlkuren (mit Gries, Makkaroni, Grahambrot, ja mit einer Mischung von Hafermehl und Gries oder von Hafer und Grahambrot) ergaben, daß die Wirkung der Kohlehydrattage in keinem spezifischen Stoffe irgend einer Getreidesorte zu suchen, sondern in erster Reihe eine Inanitionswirkung ist, ganz analog den früher viel angewendeten, von Naunyn und v. Mehring eingeführten Hungertagen. Vor letzteren haben die Hafergemüsetage den Vorteil, daß die Patienten doch etwas zu essen bekommen, und es ist schließlich ein ganz wesentlicher Vorteil, daß man die Kohlehydrate in Laufe mehrerer Kurven variieren kann, wenn man nur die Regel beobachtet, im ganzen eine geringere Kalorienmenge, als eigentlich nötig, zu verabreichen. (NB! Die v. Noordenschen Hafertage sind aber keine Tage mit verminderter Kalorienzufuhr! Die von v. Noorden [Die Zuckerkrankheit, IV. Aufl., p. 278] angegebene Nahrungsmenge: 250 g Hafermehl, 200—300 g Butter, 100 g Pflanzeneiweiß oder 5—8 Eier, enthält 2860—3950 Kalorien! D. Ref.)

M. Kaufmann-Mannheim.

Chirurgie und Orthopädie.

Umber, Die Indikation und Prophylaxe chirurgischer Eingriffe bei Diabetikern. (Deutsche med. Woche 1912, Nr. 30.)

Der messerscheue Standpunkt vieler Internisten gegenüber chirurgischen Eingriffen an Diabetikern ist heute nicht mehr zu rechtfertigen; die Indikationen für chirurgische Eingriffe sind bei Diabetikern nicht wesentlich mehr einzuschränken als bei Nichtdiabetikern. Uneingeschränkt gilt dies von leichten Diabetikern; wo es der Fall erlaubt, soll man sie zuerst entzuckern.



-- Bei der Gangrän der Diabetiker handelt es sich in der Regel nicht um diabetische Gangrän, sondern um arteriosklerotische Gangrän bei Diabetikern. In der Regel nimmt freilich mit dem Eintreten der Gangrän die diabetische Stoffwechselstörung zu, um mit Entfernung des Gangränherdes oft wieder abzunehmen. Gewöhnlich gelingt es nicht, durch Herbeiführung der Aglykosurie die Gangrän aufzuhalten oder rückgängig zu machen. Wo phlegmonöse Prozesse mit der Gangrän verbunden sind, sollte man nicht lange auf Demarkation warten, sondern zur Absetzung schreiten. -- Bei der Furunkulose leichter Diabetiker sollte man die Inzision möglichst vermeiden. -- Schwieriger sind die Indikationen bei schweren Diabetikern, besonders solchen mit Azidose, zu beurteilen, da hier oft verhältnismäßig geringe Traumen zu verhängnisvollen Folgen führen. Aber auch derartig schwere Fälle bieten keine absolute Kontraindikation. Die prophylaktische Behandlung vor der Operation hat die Aufgabe, die Glykosurie möglichst herabzusetzen und die Azidose zu vermindern. In Fällen, wo auf Kohlehydratbeschränkung die Azidose steigt, tritt die v. Noordensche Haferkur in ihr Recht; wo sie nicht vertragen wird, empfiehlt Verfasser Milch- bezw. Sahnetage, mit mäßigen Obstmengen ($^1/_4$—$^1/_2$ Pfd. Äpfel) kombiniert. Wo keine Azidose besteht, wird man mit eingeschalteten Bouillon-Fettagen die Entzuckerung schneller erreichen. Daneben gibt man gerade so viel Alkali, daß der Harn amphoter oder schwach alkalisch wird; mehrfache Gaben von 0,1 Extr. Opii pro die unterstützen die Verminderung der Glykosurie wie der Azidose. In dringlichen Fällen gebe man auch Opium und möglichst viel Alkali per os und per rectum, nicht intravenös wegen der Gefahr der Armvenenthrombosierung. Der Vorschlag Körners, frühmorgens am Ende der physiologischen Fastenzeit zu operieren, ist rationell. Zur Anästhesierung ist in erster Linie die Lokalanästhesie zu wählen; wo dies nicht möglich ist, die reine Äthernarkose oder die gemischte Narkose mit möglichst wenig Chloroform. Bei der Operation sind Spannung der Nähte, knappe Lappenbildung, längere Esmarchsche Blutleere zu vermeiden; es soll nur im gesunden Gewebe und gesundem Gefäßgebiet operiert werden.

M. Kaufmann-Mannheim.

Bier, A., Ueber eine wesentliche Verbesserung der Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Stauungshyperämie. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 24.)

In schweren Fällen führte die Biersche Stauung bei chirurgischen Tuberkulosen hie und da zu gewissen Komplikationen, zur Bildung eines kalten Abszesses, zu mächtigen Granulationswucherungen oder zu schweren akuten Infektionen. Das bisher dagegen empfohlene Mittel, die Staubinde nur 1—2 Stunden täglich anzulegen, schränkte natürlich die Wirksamkeit der Methode bedeutend ein. Bier empfiehlt als neues Mittel den gleichzeitigen innerlichen Gebrauch von Jodsalzen; dadurch werden die beiden erstgenannten Komplikationen mit Sicherheit vermieden, und eine täglich 12 Stunden lang unterhaltene kräftige und wirksame Stauungshyperämie ist ermöglicht. Über die Ursache dieser Wirkung der Jodsalze kann man zur Zeit nur Theorien aufstellen; Verfasser denkt an eine antifermentative und auch an eine direkt heilende Wirkung des durch die Stauung in vermehrter Menge am Krankheitssitz zurückgehaltenen Jods. Was die Dosierung anlangt, so hat Verfasser bei Erwachsenen täglich 3 g Jodkali gegeben, ohne aber die Möglichkeit, mit geringeren Dosen das Gleiche, oder mit höheren Besseres zu erzielen, leugnen zu wollen.

M. Kaufmann-Mannheim.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Jaeger, O., Ueber die Herabsetzung des Geburtsschmerzes. (Deutsche med. Woch., 1912, Nr. 24.)

In der kombinierten Pantopon-Skopolaminbehandlung haben wir ein wirksames Mittel, den Geburtsschmerz ganz erheblich zu vermindern. Die Kreißende



erhält als erste Dosis 0,02 Pantopon mit 0,0003 Scopol. hydrobrom. kombiniert subkutan; die schmerzstillende Wirkung tritt gewöhnlich nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde ein und dauert meist 3—5 Stunden. Bei ungenügender Wirkung versucht man nochmals nach 1 Stunde die halbe Dosis; ebenso gibt man nochmals die halbe Dosis, wenn bei wirksamer voller Dosis nach 3—5 Stunden die Wirkung verfliegt. Der richtige Zeitpunkt ist bei Erstgebärenden mit guten Wehen, wenn der Muttermund mindestens 3—5 Markstück groß ist; doch kommt man auch bei weiterem Muttermund nicht zu spät. Bei Mehrgebärenden muß die erste Injektion noch in die Eröffnungsperiode fallen. Verfasser hat so 108 Fälle behandelt, davon war bei 93 = 86,1 % die Wirkung durchaus befriedigend. Die Wehentätigkeit wird durch die Methode nicht wesentlich geschädigt (sie blieb bei 93 ganz unbeeinflußt, wurde bei 12 vorübergehend etwas abgeschwächt, nur bei 3 setzte sie 1—2 Stunden aus). Das Kind wird in keiner Weise geschädigt. Vor höheren Dosen sei aber gewarnt.

M. Kaufmann-Mannheim.

Runge, E., Die Behandlung klimakterischer Blutungen mittelst Röntgenstrahlen. (Deutsche med. Woch., Nr. 25, 1912.)

In letzter Zeit sind die Röntgenstrahlen vielfach zur Bekämpfung der Blutungen in der Übergangszeit verwendet worden. Die gegen die Methode erhobenen Einwände sind unberechtigt: Verbrennungen der Haut lassen sich bei Beachtung aller Vorsichtsmaßregeln vermeiden, Verdauungsstörungen hat Verfasser nie erlebt, die Ausfallserscheinungen sind nicht lebhafter als beim normalen Klimax oder gar der operativen Kastration, die gefürchtete geringere Widerstandsfähigkeit älterer Frauen gegenüber Schädigungen bedingt auch eine geringere Widerstandsfähigkeit der Ovarien, so daß man hier mit geringeren Dosen auskommen wird. Vor Beginn der Behandlung muß Karzinom als Ursache der Blutung natürlich sicher ausgeschlossen sein; auch kleine submuköse Myome sollten ausgeschlossen werden, da bei ihnen die Behandlung keine Erfolge zeitigt. Eine Kontraindikation ist ferner noch schwere akute Anämie. Der Erfolg der Behandlung tritt um so rascher ein, je älter die Frau ist; er ist um so unsicherer, je weiter die Röhre wegen der Dicke der Bauchdecken oder der Füllung der Därme von den Ovarien entfernt bleiben muß. Versager lassen sich heute noch nicht ganz vermeiden; von 20 Fällen des Verfassers wurde in 17 eine günstige Beeinflussung der Blutung erzielt. Benützt wurden große Müllersche Wasserkühlröhren; die Patientin wird in eine schwache Beckenhochlagerung gebracht; die Entfernung Focus-Hautoberfläche beträgt 18 cm; es wurde die Fränkelsche Felderbestrahlung verwendet. Belastung der Röhre = 4—5 M. A.; Härte der Röhren = 11—12 Wehnelt.; auf jede Hautstelle werden 4 Holzknechteinheiten gefilterter Strahlen appliziert.

M. Kaufmann-Mannheim.

Kinderheilkunde und Säuglingsernährung.

Szekeres, O., Ueber die Behandlung der Skarlatina mit polyvalentem Antistreptokokkenserum nach Moser. (Wiener klin. Woch. 1912, Nr. 24.)

Verfasser injizierte 16 schwere, teilweise sehr schwere und letal zu beurteilende Skarlatinafälle subkutan mit 150—200 ccm Moserserum. Alle diese Fälle überstanden den Scharlach. Bei Injektion spätestens am 4. Tage war in den meisten Fällen eine auffallende, in allen eine nachweisbare Besserung, spätestens am 3. Tage, erkennbar. Die Wirkung war hauptsächlich eine antitoxische: Verschwinden der zerebralen Erscheinungen, Sinken des Fiebers, Besserung der Herztätigkeit. Weniger wurden Rachennekrose und Nasenfluß, gar nicht Komplikationen, Krankheitsdauer und Verlauf der Desquamation beeinflußt. Auch prophylaktisch erwies sich das Serum von Wert (15—20 ccm), indem bei 2 Endemien von 40 Kindern nur 2 erkrankten.

M. Kaufmann-Mannheim.



Psychiatrie und Neurologie.

Lundborg, H. (Upsala), **Der Erbgang der progressiven Myoklonus-Epilepsie.** (Ztschr. f. d. g. Neur. und Psych., Bd. 9, H. 4).

Die progressive Myoklonus-Epilepsie (Unverrichts familiäre Myoklonie) ist eine erbliche Krankheit, die mit größter Wahrscheinlichkeit den Mendelschen Regeln folgt. Die Krankheit spaltet sich nicht in Myoklonie und Epilepsie, sondern wird als solche vererbt. Zweig-Dalldorf.

Lafora, G. R. (Madrid-Washington), **Zur Frage der hereditären Paralyse der Erwachsenen. (Dem. paralytica hereditaria tarda).** (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 9, H. 4.)

Die meisten, wenn auch nicht alle Fälle von juveniler Paralyse zeigen Entwicklungshemmungen des Nervensystems, so daß die Feststellung dieser Veränderungen auch bei vorgeschrittenem Erkrankungsalter berechtigen, die Diagnose einer dem. paral. hereditaria (im letzteren Fall tarda) zu stellen. Die Fälle von klinisch juveniler Paralyse, in denen solche Veränderungen nicht gefunden werden, können durch eine plazentare Übertragung des Virus erklärt werden zu einer Zeit, in welcher die Elemente der Gewebe schon weit in ihrer Entwicklung vorgeschritten waren. Zweig-Dalldorf.

Sträußler, E. (Prag), **Abszeß im rechten Schläfenlappen bei einem Linkshänder mit sensorischer Aphasie.** (Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych., Bd. 9, H. 4.)

Fälle von sensorischer Aphasie bei einem Linkshänder mit der entsprechenden Lokalisation rechts sind nur relativ wenige publiziert. Der Fall lehrt die Wichtigkeit einer genauen Anamnese vor event. chirurgischen Eingriffen, (zu welchen übrigens hier die Angehörigen die Erlaubnis nicht gegeben hatten), weil der Kranke ein sog. verkappter Linkshänder war, der gelernt hatte, die meisten Verrichtungen mit der rechten Hand vorzunehmen. Der Abszeß wurde daher im linken Schläfenlappen angenommen.
Zweig-Dalldorf.

Gurewitsch, M., Buraschewo bei Twer, Zur Differentialdiagnose des epileptischen Irreseins. (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 9, H. 3.)

Merkmale eines epileptischen Dämmerzustandes sind der rasche Anfang und Ende, die darauf folgende Amnesie, das häufige Vorhandensein der Angst- und Zornaffekte, die Neigung zu Gewalttaten, die schreckhaften Halluzinationen, die zeitliche und örtliche Desorientiertheit bei Erhalten des „Ich"-Bewußtseins. Die akuten deliriösen Zustände der Epileptiker sind nicht prinzipiell von den Dämmerzuständen zu trennen. Wahnideen, besonders oft Verfolgungsideen sexuellen Inhalts, bleiben als Residualwahn nach den Dämmerzuständen nicht selten bestehen, der chronische Wahn kann also auch lediglich Äußerung der Epilepsie sein und zwingt nicht zur Annahme einer Kombination z. B. Paranoia und Epilepsie, läßt sich vielmehr als „epileptisches Paranoid" bezeichnen. Die länger dauernden Stimmungsschwankungen sind oft schwer von denen bei manisch depressivem Irresein zu trennen. Bei den „manischen" Zuständen der Epileptiker handelt es sich nur um eine äußerlich ähnliche „Ideenflucht", denn es besteht in Wirklichkeit nur ein Getümmel einförmiger und monotoner, immer wieder ohne neuen Zufluß ins Bewußtseinsfeld zurückkehrender Ideen, es fehlt auch die Ablenkbarkeit, an deren Stelle mehr ein Verirren in Einzelheiten und Nebensächlichkeiten ohne Ablenkung von der Sache selbst tritt. Der mitunter beobachtete Rededrang unterscheidet sich durch die langsame Sprache und durch das Fehlen der gleichzeitigen Beschleunigung des Gedankenabflusses. Statt des Beschäftigungsdranges finden wir eher Bewegungsdrang. Es fehlt auch die sprudelnd heitere Stimmung, dafür ist bei gehobener Stimmung eine gewisse innere gemütliche Spannung vorhanden. Diese affektive Spannung ist besonders bei den depressiven Verstimmungen vorhanden, ebenso ist ihnen eine psychologische Grundlosigkeit und sichtbare Ursachlosigkeit hinsichtlich ihres Auftretens eigen. Die Verstimmung überkommt den Epileptiker als etwas Fremdes, mit seiner Innenwelt nicht Verbundenes und



Unerklärliches, im Gegensatz zum Melancholiker findet er die Ursache eher in anderen Leuten als in sich selbst. Ebenso überkommt auch jede andere krankhafte Störung (Dämmerzustand, Krampfanfall) den Epileptiker, entwickelt sich nicht logisch in seiner Psyche. Von den Schizophrenen unterscheiden sich die Handlungen der Epileptiker durch das Zielbewußtsein und den Zusammenhang mit den wenn auch wahnhaften Vorstellungen. Seinen eigenen Lebensinteressen ist der Epileptiker nie gleichgültig gegenüber, und er befindet sich nicht in logischem Konflikt mit der Außenwelt, die Schwächung des Gedächtnisses ist bei Epilepsie größer, die affektive Stumpfheit bei der dem. präc. Zweig-Dalldorf.

Lampé, A. E., Die Blutveränderungen bei Morbus Basedowii im Lichte neuerer Forschung. (Deutsche med. Woch., 1912, Nr. 24.)

Das weiße Blutbild zeigt bei der Basedowschen Krankheit als konstante Veränderung eine Lymphozytose. Leukopenie, Eosinophilie oder Mononukleose sind keine charakteristischen Basedowblutphänomene. Die basedowianische Lymphozytose ist nicht direkt abhängig von der krankhaft veränderten Schilddrüse, sondern von dem Thymus, der sich nach der Anschauung des Verfassers bei jeder ausgeprägten Basedowschen Krankheit findet. Der Basedow-Thymus ist stark toxisch und hat die Basedowsche Krankheit potenzierende Eigenschaften. Es besteht bei Morbus Basedowii neben einer Dysfunktion der Thyreoidea auch eine Dysfunktion des Thymus: ein Dysthymismus. Die Entwicklung der hyperplastischen Thymusdrüse geschieht wahrscheinlich über die Keimdrüsen hinweg, d. h. das veränderte Sekret der Basedowianischen Schilddrüse schädigt zunächst die interstitielle Substanz der Keimdrüsen, und infolge dieser Veränderung kommt es zu einer Hyperplasie des Thymus. — Neben der Lymphozytose, einer morphologisch-hämatologischen Abweichung finden sich bei dem Morbus Basedowii noch Veränderungen, die die Gesamtheit des Blutes in biochemischer Hinsicht betreffen. Dahin gehört die Verzögerung der Gerinnung und die Erniedrigung des Gefrierpunkts. Die Viskosität scheint nicht verändert zu sein. Weiterhin besteht eine Adrenalinämie und sehr häufig eine Glykämie, ohne daß es dabei zu einer Glykosurie kommt.

Wichtig für den Praktiker ist vor allem die Lymphozytose. Sie stellt ein wertvolles diagnostisches und differentialdiagnostisches Zeichen dar. Ihr prognostischer Wert ist noch nicht sichergestellt. (Zusammenfassung des Verfassers.) M. Kaufmann-Mannheim.

Henneberg, R. (Berlin), **Pluriradiculäre Hinterstrangsdegeneration infolge von spinaler Cysticerkenmeningitis.** (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 9, Heft 1.

Im Gegensatz zu den häufigen Veröffentlichungen von Fällen basaler Cysticerkenmeningitis findet sich in der Literatur keine Beobachtung über einen analogen Prozeß an den Häuten des Rückenmarks. H. beschreibt den Sektionsbefund eines solchen Falles, dessen ebenfalls geschilderter Befund und Verlauf zur Diagnose Lues cerebrospinalis und später zur Annahme einer Neubildung im Bereich des Kleinhirns geführt hatte. Ein 34 jähr. Mann war 3 Jahre vor seinem Tode mit zunächst anfallsweisem Kopfschmerz erkrankt; nach einem Kopftrauma nahmen die Kopfschmerzen zu, die Sehschärfe nahm ab und zeitweise traten Delirien auf. Bei der Aufnahme fand sich mangelhafte Reaktion der Pupillen, Neurit. opt., Abduzensparese, Akustikusparese, unsicherer Gang, Steigerung der Patellarreflexe, Delirien, später Demenz, Erbrechen, völlige Erblindung und Taubheit, epileptiforme Anfälle, zuletzt Kontrakturen in den Extremitäten, Nackensteifigkeit, Fehlen der Sehnenreflexe, Verblödung, Marasmus. Der anatomische Befund bestand in basaler und spinaler Cysticerkenmeningitis, Hydrocephalus internus. Noch nicht beschrieben ist bei der Cysticerkenmeningitis die inf. Einlagerung eines Parasiten in das Ursprungsgebiet des Akustikus entstandene völlige Taubheit, ungewöhnlich ist ferner die totale Erblindung inf. neurit. Optikusatrophie und die sehr weitgehende Verblödung. Schwere Hirnnervensymptome kommen



vielmehr bei der Cysticerkenmeningitis sehr selten vor. Die spinalen Veränderungen des vorliegenden Falles, die vorwiegend in meningitischen chronisch entzündlichen Veränderungen der Arachnoidea mit Kompression der hinteren extramedullären Wurzeln bestanden, sind wohl erst in den späteren Stadien der Erkrankung zur Entwicklung gelangt und kamen daher klinisch z. B. Rumpfanästhesie infolge der zuletzt bestehenden Taubheit und Verblödung nicht zum Ausdruck. Auf die Strangdegenerationen und ihre Lehren für den Verlauf der Bahnen kann hier nicht eingegangen werden. Daß ein durch Cysticerken hervorgerufener Krankheitsprozeß nach dem Absterben der Parasiten nicht zur Ruhe kommt, sondern die entstandene chronische Entzündung progressiv weiter verläuft, beruht vielleicht auf einer sekundären Infektion mit irgendwelchen Entzündungserregern, zumal man weiß, daß der Inhalt der Cysticerken- und Echinokokkenblasen nicht steril ist, sondern Mikroorganismen verschiedener Art enthält, die außer zu den progressiven Entzündungsprozessen auch anscheinend zum Absterben der Parasiten führen. Zweig-Dalldorf.

Hautkrankheiten und Syphilis.
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

v. Marschalko, Ph. und **Veszpremi, D., Histologische und experimentelle Untersuchungen über den Salvarsantod.** (Deutsche med. Woch., 1912, Nr. 26.)

Der Patient, dessen Autopsie die Verfasser machen konnten, hatte 0,53 Salvarsan in 220 ccm phys. NaCl-Lösung, mit Natronlauge vorschriftsmäßig alkalisiert, intravenös erhalten, war 4 Stunden später abgereist, die ganze Nacht durchgereist, am nächsten Morgen mit schweren Symptomen erkrankt, zu denen sich bald epileptiforme Krämpfe gesellten, und 5 Tage nach der Infusion unter den Symptomen einer Enzephalitis gestorben. Außer ziemlich ausgedehnten Blutungen des Gehirns war der Sektionsbefund fast negativ; mikroskopisch charakterisierten Stase, kapillare Thrombose und Hämorrhagien ohne Entzündung das Bild. Es gelang nun, bei Kaninchen durch intravenöse Einverleibung hoher Salvarsandosen klinisch wie anatomisch ungefähr dieselben Vergiftungssymptome hervorzurufen, so daß die Annahme berechtigt erscheint, daß es sich bei den beim Menschen publizierten Todesfällen ebenfalls um Salvarsanvergiftung gehandelt hat. Dagegen spielt der sog. Wasserfehler bei diesen Intoxikationen keine Rolle; die Giftigkeit des Salvarsans bleibt im Tierexperiment selbst durch sehr hohe Dosen von Wasserbakterien-Endotoxinen fast ganz unbeeinflußt; vielmehr scheint den Vergiftungen eine zu hohe Dosierung zu Grunde zu liegen, zumal die Dosis tolerata auch bei Tieren tiefer liegt, als anfangs behauptet wurde. Es ist daher dringend zu raten, zu kleineren Dosen überzugehen, und dies um so mehr, als wir damit — event. bei öfterer Wiederholung — dieselbe Heilwirkung erzielen können. M. Kaufmann-Mannheim.

Tresidder, P. E. und **St.** (Nottingham), **Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan.** (Practitioner, Bd. 89, H. 1.)

Aus der Arbeit der für das Salvarsan sehr begeisterten Verfasser sei nur ihre Behauptung hervorgehoben, daß es viel zu früh sei um sich darüber auszusprechen, ob Salvarsan dauernde Heilung der Syphilis zustande bringe. Als Gegenindikationen der Anwendung des Salvarsans nennen die Verfasser: nicht-syphilitische Erkrankungen des Optikus, Krankheiten der Zirkulationsorgane (auch des Herzens) und der Atmungsorgane mit Ausnahme der Lungentuberkulose, wenn sie nicht vorgeschritten ist, Nierenkrankheiten, Degeneration des Zentralnervensystems und schwerere Nervenkrankheiten, Ikterus, Diabetes, bestehende Neigung zu Hämorrhagien und starke Abmagerung und Kachexie bei Kindern und Greisen.



Interessant, aber eigentlich selbstverständlich ist, daß nach Salvarsanbehandlung keine Immunität gegen Syphilis besteht.

Fr. von den Velden.

Röntgenologie und physikalisch-diätetische Heilmethoden.

Harmer, D. und Jones, H. L., Behandlung maligner Geschwülste des Mundes und Pharynx mit Diathermie. (Proc. R. Soc. of Medicine. Bd. V, Nr. 8.)

Die Diathermie, d. h. die Erhitzung der Gewebe durch Hochfrequenzströme, kann dazu dienen, dieselben bis zur Nekrose zu verbrennen, also ähnlich zu wirken wie eine Ätzpaste. Die Verfasser haben inoperable Geschwülste mit dem Erfolge behandelt, daß die Hauptmasse nekrotisch abgestoßen wurde und eine vorläufige Vernarbung eintrat. Der in der Diskussion aufgestellten Vermutung, daß es sich nur um palliative Operationen handele, haben sie nicht widersprochen.

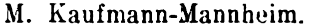
Das Verfahren verlangt besondere Bekanntschaft mit der Wirkung des übrigens sehr teuren Apparates. Fr. von den Velden.

Stierlin, Ed., Die Röntgendiagnose intraabdominaler Neubildungen und der Verlagerung des Dickdarms. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 31.)

Die Diagnose intraabdominaler Neubildungen (Abszesse und Tumoren) bestimmter Lokalisation kann mittels des radiologischen Nachweises der durch sie bedingten Verlagerung des Dickdarms in unklaren Fällen entschieden werden. Der Psoas- und Iliakalabszeß verrät sich im Röntgenbilde durch eine typische mediane Verlagerung des mit Kontrastinhalt gefüllten Coecums und Colon ascendens. Bei rechtsseitigen Beckentumoren erfolgt die Verlagerung des Coekums entsprechend ihrem höheren oder tieferen Sitz, mehr medianwärts oder nach oben. Der diagnostische Nachweis der typischen medianen Verschiebung des Kolons bei Neubildungen der Niere und Nierengegend gelingt nach Füllung des Dickdarms mit einem Kontrasteinlauf, event. auch nach Baryteinnahme per os auf der Röntgenplatte weit sicherer und schonender als durch die übliche Aufblähung. (Zusammenfassung des Verfassers.) M. Kaufmann-Mannheim.

Schwarz, G., Ueber Röntgenuntersuchungen des Darmes auf Grund der Kontrast-Normal-Diät. (Deutsche med. Woch., 1912. Nr. 28.)

Schwarz macht mit Recht geltend, daß man bei der Prüfung der Darmmotilität durch Röntgenbeleuchtung stets die gleichen Versuchsbedingungen schaffen muß, spez. dadurch, daß man während der ganzen Beobachtungszeit der Versuchsperson eine stets gleiche Kost gibt. Er schlägt vor, für die ganze Beobachtungszeit folgende Diät zu geben: 7 Uhr früh: 250 g Milchspeise, 1 Uhr mittags 120 g faschiertes Beefsteak mit 250 g Kartoffelbrei vermischt, 7 Uhr abends 250 g Milchgriesspeise. Am ersten Tag erhält der Patient zu jeder Mahlzeit 40 g Kontrastmittel (Wismutkarbonat oder Bariumsulfat). Die Durchleuchtungen erfolgen am 1. Tag um 1 und 7 Uhr, an den folgenden Tagen um 9 und 6 Uhr. Als Musterbeispiel hat Verfasser einen 21 jährigen gesunden Mann mit regelmäßigem, täglich einmal erfolgendem geformtem Stuhl untersucht, und es ergab sich: die Kost des ersten Tages wurde bis zum Stuhlgang des nächsten Tages im Rektum und unteren Sigma zu massiger Ansammlung zusammengeschoben; doch finden sich außerdem im ganzen übrigen Kolon Teile von ihr, als Haustrenbeschläge und stellenweise kompaktere Füllungen. Der Stuhlgang entleert nur die unteren zusammengeschobenen Massen; die im Kolon verstreuten Reste des Vortags werden dann knollig, bröckelig umgeformt und mengen sich in grober Weise zu der neu hinzukommenden Kost des zweiten Tages. Erst am dritten Tage (mit der 2 Stuhlentleerung) ist die Kost des 1. Tages völlig aus dem Darmkanal verschwunden. (Ist die so fixierte Kost für einen Menschen mit annähernd normalem Appetit nicht zu knapp bemessen, um mehrere (bis 10!) Tage zu genügen? — D. Ref.)



M. Kaufmann-Mannheim.



Klonka, H., Die Behandlung mit Radiumemanation. (Deutsche med. Woch., Nr. 24, 1912.)

Sowohl auf dem Wege der Einatmung wie auf dem Wege der innerlichen Darreichung (Trinkkur) läßt sich Emanation auf längere oder kürzere Zeit in kleinerer oder größerer Menge dem Organismus einverleiben. Bei der Inhalationskur findet, solange die Einatmung dauert, eine hohe Sättigung des Blutes mit Emanation statt, nach Aufhören der Einatmung sinkt der Emanationsgehalt des Blutes bezw. des Organismus sehr rasch auf Null. Bei der Trinkkur kann man im allgemeinen keinen so hohen Emanationsgehalt des Blutes erreichen wie bei der Inhalationskur. Das Blut behält aber die in ihm kreisende Emanation längere Zeit, namentlich, wenn die Kur zweckmäßig mit kleinen, mehrmals am Tage wiederholten Trinkgaben ausgeführt wird. Über das Verhalten der Emanation im Körper bei einer Badekur in emanationshaltigem Wasser besitzt Verfasser noch keine ausreichenden Erfahrungen; anscheinend sind es bei dieser Kur andere Momente (bleibende Ablagerungen von Zerfallsprodukten auf der Haut des Badenden), welche die von verschiedenen Seiten nach Emanationsbädern beobachteten therapeutischen Erfolge gezeitigt haben. Was die Frage des Wertes der Emanationstherapie bei Gicht anlangt, so sind wir jedenfalls auf Grund der tatsächlich erzielten Erfolge berechtigt, bei dieser Krankheit die Emanationsbehandlung energisch zu betreiben, auch wenn die der Therapie zu Grunde liegenden theoretischen Fragen noch nicht gelöst sind.

M. Kaufmann-Mannheim.

Medikamentöse Therapie.

Zuelzer, G., Ueber Kollapswirkung des Hormonals. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr. 26.)

Zuelzer teilt mit, daß als Ursache der in der letzten Zeit bei Anwendung des Hormonals beobachteten Kollapse eine Beimengung von Albumosen festgestellt worden ist, daß die bisher im Verkauf befindlichen Serien eingezogen sind, und daß das nunmehr zur Abgabe kommende Präparat (von Nr. 51 ab), das er selbst kontrolliert hat und auch ferner kontrollieren wird) keine bedrohlichen Blutdrucksenkungen mehr macht.

M. Kaufmann-Mannheim.

Coronedi (Parma), **Ueber einige chemische und pharmakologische Untersuchungen des Diuretins und seiner Ersatzpräparate.** (Il Morgani 1912, Nr. 5 u. 6.)

Schon Patta, der 1909 verschiedene Muster von Theobr. natr. salicyl., darunter die bekanntesten Handelsmarken methodischen Untersuchungen unterwarf, fand gegenüber dem Diuretin große chemische und pharmakologische Unterschiede. Der prozentuale Gehalt an Theobromin der untersuchten Produkte geht aus der folgenden Aufstellung hervor, bei der als Vergleich ein Gehalt von 40% in dem Originalpräparat anzunehmen ist.

Ersatzpräparate verschiedener Marken:	Prozentualer Gehalt an Theobromin:
Nr. 1	28,15 Prozent
,, 2	31,02 ,,
,, 3	24,30 ,,
,, 4	22,49 ,,
,, 5	10,94 ,,
,, 6	32,12 ,,
,, 7	30,91 ,,
,, 8	14,65 ,,
,, 9	22,10 ,,
,, 10	23,51 ,,

Es gelang ihm dann, pharmakologisch nachzuweisen, daß die diuretische Wirksamkeit der Muster niedrigen Theobromin-Gehaltes 3—7 mal geringer ist als jene des Originalpräparates.



Coronedi selbst untersuchte 5 Produkte (das Diuretin und 4 Ersatzpräparate). Die Ergebnisse bei der pharmakologischen Untersuchung deckten sich vollkommen mit den durch die chemische Analyse erhaltenen Resultaten bezüglich des Gehaltes an wirksamer Substanz bei den verschiedenen untersuchten Produkten. Er prüfte darauf beim Hunde die diuretische Wirkung und fand bei Zugrundelegung der pharmakologischen Wirkung des Diuretins als Einheit folgende Verhältnisse:

Name des Präparates:	Gehalt an wirksamer Substanz:	Entsprechender diuretischer Wert:
Diuretin	1	1
Theobromin. natr. salicyl. Nr. I	0,7	0,52
,, ,, ,, ,, II	0,5	0,5
,, ,, ,, ,, III	0,1	0
,, ,, ,, ,, IV	0,003	0

Neumann.

Allgemeines.

Hansen, Fürsorge für Erwerbsbeschränkte durch Arbeitsvermittlung. Concordia Nr. 1, S. 1.

Unfallrentner, welche den verbleibenden Rest ihrer Arbeitsfähigkeit bestmöglich zu verwerten suchen, sehen den Arbeitsmarkt in nicht geringem Maße für sich eingeengt. In ähnlicher Lage sind die von den Krankenkassen aus den Krankenhäusern und von den Landesversicherungsanstalten aus den Heilanstalten als ,,beschränkt" oder ,,teilweise" erwerbsfähig, arbeitsunfähig entlassene Pfleglinge. Es wird diesen oft bei der Entlassung im eigenen Interesse tunlichste Schonung und Rücksichtnahme auf ihre Gesundheit empfohlen. Oft wird ihnen auch ärztlicherseits empfohlen, einen anderen Beruf zu ergreifen, weil die bisher innegehabte Tätigkeit gesundheitsschädlich wirkt. Hansen wünscht daher, daß Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten die Leitungen der von ihnen besuchten Kranken- und Pflegeanstalten, Heilstätten und Erholungshäuser usw. veranlassen, sich rechtzeitig vor der Entlassung eines arbeitssuchenden Pfleglings mit der Arbeitsnachweisstelle seines Wohn- oder Beschäftigungsortes in Verbindung zu setzen. Nicht selten stehen die immer mehr zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern zur Durchführung gelangenden Tarifverträge, die allgemein gültigen Lohnsätze vorschreiben, der Unterbringung jener Invaliden im Wege, da die Arbeitgeber meist die beschränkt leistungsfähigen Arbeitskräfte nicht annehmen und die Arbeiter für dieselben nicht Ausnahmelohnsätze zulassen wollen. Vereinzelt sind auch Ausnahmesätze für Invalide ausdrücklich in den Tarifverträgen aufgenommen. Jedenfalls liegt es im allgemeinen Interesse des Arbeiterstandes und im Interesse jener bedauernswerten Teilkräfte, wenn die Tarifabmachungen eine Ausnahmestellung in der gedachten Weise zulassen. Die Zahl der Arbeitsvermittlungsstellen muß vermehrt werden, sie gewähren den Versicherungsträgern eine wertvolle Hilfe in ihrem Bestreben, die geminderten Arbeitskräfte wieder geeigneter Arbeitsgelegenheit zuzuführen. Für solche Hilfe rechtfertigt sich die Gewährung einer finanziellen Vergütung, deren Verabreichung die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung als zulässig erscheinen lassen. W. Hanauer-Frankfurt a. M.

Burkhardt, Die Alkoholfrage und die Deutsche Reichsversicherung. Die Hilfe, Nr. 19, 1912.

Die Freunde der Nüchternheitsbewegung haben Ursache, sich über manches Erreichte in der Reichsversicherungsordnung zu freuen. Vor allem bedeutet die Gewährung von Sachleistung statt der Geldrente nach § 120 einen bedeutenden Fortschritt gegenüber dem früheren Krankenversicherungsgesetz, das nur Entziehung des Krankengeldes kannte, wenn eine Krankheit durch Trunkfälligkeit zugezogen wurde. Es gelang dem Deutschen Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke das böse Wort ,,Trunkenbold", das sich eingeschlichen hatte, durch das Wort ,,Trunksüchtige" zu ersetzen. Dadurch war glücklich verhindert, daß der Paragraph nur auf diejenigen Trinker angewendet werden kann, die in Erscheinung und Haltung das Gepräge der Verkommenheit, in ihren Trinkergewohnheiten das des Exzesses tragen, bei denen aber nicht mehr viel zu retten ist, sondern auch auf alle diejenigen, die von der Trunksucht befallen, dem wirtschaftlichen Ruin zusteuern, ohne schon verkommen zu sein. Wichtig ist, daß die Trinkerheilanstalten und Trinkerfürsorgestellen in das Gesetz aufgenommen und dadurch gewissermaßen als offizielle Wohlfahrtseinrichtungen anzusehen sind. Bedauerlich ist, daß in § 144 und 186 die Erweiterung des Ausdruckes Krankenhaus in



„Heilanstalt" abgelehnt wurde. Wäre auf die betreffende Eingabe gehört worden, so hätten die Krankenkassen das Recht und die Pflicht erhalten, den Angehörigen der in einer Trinkerheilanstalt Verpflegten die Hälfte des Krankengeldes zu zahlen bezw. den Landesversicherungsanstalten einen Teil der von ihnen übernommenen Kurkosten zu erstatten. Zu begrüßen ist, daß die Trunksucht nicht mehr zu den Krankheiten zählt, bei welchen das Krankengeld entzogen werden darf. Somit ist der planmäßigen Bekämpfung des Alkoholismus ein weiteres Hindernis entzogen.

Sicher auf einem Versehen beruht es, daß im § 1372 unter den Paragraphen, die auf die Sonderanstalten der Invalidenversicherung (Knappschaftskassen, Seeberufsgenossenschaft entsprechend anzuwenden sind, wird § 120f. nicht genannt. Ein innerer Grund, die bei den Sonderanstalten Versicherten von der Gewährung von Naturalleistungen auszunehmen, liegt nicht vor. Diese Bestimmungen wären für einen großen Teil der See- und Bergleute, bei denen der Alkoholverbrauch sehr groß ist, von großem Werte. Durch das Fehlen zweier Zahlen sind ungefähr 1½ Millionen versicherte Arbeiter von einer zweckdienlichen Rentenverabfolgung im Falle der Trunksucht ausgeschlossen. Diese Lücke wird der Gesetzgeber auszufüllen haben.

W. Hanauer - Frankfurt a. M.

Schwarz, Ed. (Riga), **Die Gefährdungen und Schädigungen des Mannesalters durch den Beruf.** (St. Petersburger med. Zeitschr. 1912, Nr. 15, S. 221 bis 224.)

In dem mit warmem Schwung geschriebenen Vortrag rühmt Schwarz die Arbeit als das beste psychische Heilmittel. Aber nicht die Energieumsetzung nach dem Prinzip von der Erhaltung der Kraft sei das Wesentliche dabei, sondern die innere Befriedigung; sie paralysiere sogar erhebliche Ermüdungszustände, welche — physiologisch genommen — eigentlich als schädlicher Raubbau aufgefaßt werden müßten.

Die innere Befriedigung! Das ist der springende Punkt. Schiller hatte ganz Recht, wenn er neben die Zeile: „Arbeit ist des Bürgers Zierde" diese andere setzte: „Segen ist der Mühe Preis". Nur der Erfolg der eigenen, persönlichen Bemühungen verleiht jene innere Befriedigung und macht, wie Herder im Cid sich ausdrückte, die Arbeit zu des Blutes Balsam. Aber wie vielen ist es vergönnt, sich erfolgreich zu betätigen? Allenthalben stößt man auf Fesseln, welche die freie Tätigkeit einengen, seien es §§§ oder Reglements, Autoritäten oder konventionelle Vorurteile. Wer nur auf „exakte", experimentell nachzuahmende, statistisch faßbare Krankheitsursachen erpicht ist, wie auf Nikotin, Alkohol, Lues und dergleichen, hat natürlich kein Verständnis für den destruierenden Einfluß des täglichen kleinen Ärgers, für die Nadelstiche des Lebens. Und doch spielen diese — beinah als selbstverständlich hingenommenen „Kleinigkeiten" im realen Leben eine große Rolle. Die Freude am Erfolg ist wirklich ein schöner Götterfunken, ein Gefühl, welches für alle Mühen reichlich entschädigt und uns für einen Augenblick auf eine höhere Stufe des Daseins erhebt (W. v. Siemens, Lebenserinnerungen, S. 248). Die Geschichte lehrt uns an zahlreichen Beispielen, wie reiche Geister nicht die Anerkennung, kein freundliches Wort seitens ihrer Zeitgenossen gefunden haben und dann verärgert, gebrochen dahingegangen sind. Was wir da im großen beobachten, spielt sich oft genug im kleinen ab. Wir Menschen bilden alle eine Einheit. Wenn einer strauchelt, trifft ein gut Teil der Verantwortung seine Umgebung, die ihn nicht gehalten hat. Avicenna hat diesen Gedanken sr. Zt. dahin weitergeführt, daß nicht allein der Verbrecher bestraft werden müsse, sondern auch seine Freunde, weil sie ihn nicht besser beeinflußt hätten. Nicht sowohl in äußeren Momenten liegen die Ursachen der Zunahme der nervösen und psychischen Erkrankungen, sondern in der Gesamtkonstitution der Menschheit bezw. der Gesellschaft. Mit dem Augenblick, in welchem im wohlverstandenen eigenen Interesse ein jeder dem anderen den Erfolg seiner Arbeit gönnt und ihn nicht darin zu schmälern sucht, wird die Zahl der Psychosen sinken. Denn die Mehrzahl der Menschen wurzelt nun einmal auf unserer Erde und in ihren Verhältnissen, und immer werden es nur wenige sein, hinter denen, Schiller gleich, in wesenlosem Scheine liegt, was uns alle bändigt, das Gemeine.

Buttersack-Trier.



Fabre, P. (Commentry). **Wir trinken zu viel** (L'hypodipsie et les oligopotes). (Gazette méd. de Paris 1912, Nr. 154, S. 215—216.)

Im Jahre 1907 fiel dem Dr. Fabre ein Mann von 55 Jahren auf, welcher im Schmerz um einen Sohn 27 Tage lang keinen Tropfen Flüssigkeit zu sich nahm. F. ging dieser Erscheinung des aufgehobenen bezw. herabgesetzten Durstgefühls nach und konnte im Laufe der Zeit eine ganze Anzahl solcher Fälle zusammenstellen. Er glaubt, es ließen sich noch viel mehr ausfindig machen, wenn man besser darauf achtete, und er glaubt ferner, daß es der Menschheit viel nützen würde, wenn im jugendlichen Alter das Durstgefühl nicht künstlich geweckt würde. Denn ebenso wie die Lehren der offiziellen Medizin bezüglich der Nahrungszufuhr, ebenso seien auch jene über das erforderliche Flüssigkeitsquantum falsch. Das Trinken entspringe weniger einem dringenden Bedürfnis, als einem Gaumenkitzel, einem gewissen Snobismus, oder gar atavistischen Gewohnheiten. —

Vielleicht hat Dr. Fabre einmal Muße, die Dramen von Lope de Vega zu lesen. Dann wird er im „Kolumbus" den Satz finden:

„Unmöglicher ist nichts als alten Glauben
Verlassen und unsere furchtbar mächtige Sitte"

und daraufhin seine Hoffnungen auf eine vernünftige Lebensführung seiner Zeitgenossen erheblich reduzieren. Buttersack-Trier.

Zum Studiengang des Mediziners. (Bull. méd. 1912, Nr. 66, S. 768/69.)

Der eitle Wahn, die Medizin für ein Mixtum compositum der beschreibenden und der sog. exakten Wissenschaften zu halten, hat diesen Disziplinen einen erstaunlichen Platz im Studiengang des angehenden Arztes verschafft. In humorvoller, aber drum nicht weniger eindringlicher Weise bespricht Pathault die verschiedenen Disziplinen und ihren angeblichen Nutzen.

Man lernt nicht fliegen, wenn man sich im Wasser tummelt; man lernt nicht die Physik im chemischen Laboratorium; und man lernt keine Medizin, wenn man an Fröschen experimentiert. Will man Medizin erlernen, so muß man eben — Medizin studieren und nichts anderes. Was hat es für einen Sinn, wenn der Student 1 oder 2 Semester opfern muß, um Säuren und Alkalien zusammenzugießen bezw. wieder zu trennen, oder Pflanzen und andere Dinge zu mikroskopieren, mit denen er nie wieder zu tun haben wird? Man kann gut Blutegel setzen auch ohne Kenntnis ihres gewiß höchst interessanten Nervensystems; akustische Theorien sind nicht erforderlich, um Vesikulär- und Bronchialatmen zu unterscheiden; und auch ohne Hebelgesetze vermag man eine Fraktur wieder einzurichten.

Gewiß sind Kenntnisse in Physik, Chemie und Naturgeschichte für den Mediziner unentbehrlich; aber es genügen die Elementarkenntnisse.

Wozu einen zum Chirurgen geborenen Menschen mit manuellem Geschick mit botanischen Systemen, oder ein psychiatrisches Talent mit chemischen Formeln zu quälen? Es ist doch eigentlich absurd, im Examen Leute nach Fächern zu beurteilen, für die sie keine Neigung haben und in denen sie sich nicht betätigen wollen. —

Soweit Pathault. Was er vorbringt, hört sich ganz einleuchtend an. Aber der geistreiche Hyrtl hat derlei Ansichten sr. Zt. ganz richtig zurückgewiesen: „Der Nutzen ist leider das Idol der Zeit, dem alle Kräfte huldigen, alle Talente fröhnen, und ein gutes Kochbuch wird von Millionen Familien für nützlicher gehalten als die mécanique céleste von Laplace. Im Grunde haben sie für ihren Gesichtskreis nicht Unrecht. Würde aber allein die Nützlichkeit den Wert einer Sache bedingen, dann müßte auch das Trinkwasser teurer sein als Gold." Was die Ärzte brauchen, sind nicht bloß Kenntnisse und Handfertigkeiten, sondern die Kunst zu arbeiten, zu beobachten, zu denken, und darüber hinaus ein Blick in die räumliche und zeitliche Unendlichkeit, ein Blick, der neben den sicht- und meßbaren Realitäten, gewissermaßen als ihr notwendiges Gegengewicht, die Ahnung ewiger Ideen aufdämmern läßt.

Ohne Zweifel ist der Studienplan verbesserungsfähig, vielleicht im Sinne einer Beschränkung. Aber dann sicherlich nicht zur Erleichterung,



Bequemlichkeit des Studierens, sondern zu seiner Vertiefung, zur Befestigung des Wissens. Es bedarf keines besonderen Scharfblicks, um zu erkennen, wie die heranwachsende Generation multa, aber nicht multum weiß, und Verstöße gegen die einfachste Logik finden sich nicht bloß bei Studenten, sondern erheblich höher herauf. Gewiß sind für einen Mediziner die Kenntnisse der Elemente in Physik, Chemie usw. ausreichend. Aber diese Elemente fliegen einem nicht wie eine gebratene Taube in den Mund, sondern sie wollen erworben, aus vielen Einzelstudien abstrahiert, erlebt sein; sonst bleiben sie ewig, oder besser nur für wenige Wochen, ein toter Ballast des Gedächtnisses. „Studieren kommt von der Studierlampe her," hörte ich einmal E. v. Bergmann sagen. Also: nicht mehr, wohl aber gründlichere Arbeit müssen wir von unserem Nachwuchs verlangen. Will jemand Botanik und Zoologie aus dem Studienplan streichen: sei's drum. Aber dafür seien dann 3 Jahre Logik eingefügt, wie sie der große Hohenstaufen-Kaiser Friedrich II. in einem Erlaß vom Jahre 1240 für seine Medici vorschrieb.

Buttersack-Trier.

Bücherschau.

Steinmann, D. F. (Bern), **Nagelextension der Knochenbrüche. (197 Seiten, 136 Textbilder Stuttgart bei Ferd. Enke 1912. Preis 8,40 Mk. (Neue Deutsche Chirurgie Bd. 1.)**

Nach einer kritischen Übersicht über die verschiedenen Methoden der Frakturbehandlung und einen Überblick über die Geschichte der Nagelextension beschreibt Verfasser zunächst das Instrumentarium — er bevorzugt als das einfachste und beste den zylindrischen perforierenden Nagel aus einem Stück und seinen neuen aus zwei gegeneinander beweglichen Schenkeln bestehenden Aufhängeapparat; sodann geht er ausführlich auf die allgemeine Technik — Desinfektion, Vermeidung von Frakturhämatomen, Gelenken, Epiphysenlinien — und die an den einzelnen Knochen ein; er bohrt durch die intakte Haut hindurch und bevorzugt die Allgemeinnarkose. — Weiter bespricht er die Lagerung, Gewicht und Dauer der Zugvorrichtung und die Röntgenkontrolle, für die er eine besondere Transportschiene angibt. Mehrere Abschnitte sind den der Methode vorgeworfenen Nachteilen — vor allem der Infektion — und deren Vermeidung, ferner den Vorteilen — große Zugleistung, direktes Angreifen am unteren Fragment — sowie ihrem Anwendungsgebiet bei frischen und deformgeheilten Frakturen und Pseudarthrosen gewidmet.

Das übersichtlich gehaltene flüssig geschriebene Buch, dessen Verständnis durch die zahlreichen instruktiven Abbildungen sehr gewinnt, kann jedem Arzt, der sich mit Frakturbehandlung befaßt, nur warm empfohlen werden.

Blecher-Darmstadt.

Neue Medikamente.

Neu-Bornyval. (D. R. P. angem.)

Zusammensetzung: Isovalerylglykolsäure-Bornylester.

Neu-Bornyval enthält: 53 % Borneol, 34,5 % Baldriansäure, 25,7 % Glykolsäure.

Formel: $(CH)_2 . CH . CH_2 . COO . CH_2 . COO . C_{10} H_{17}$.

Darstellung: Nach einem zum Patent angemeldeten Verfahren durch Erwärmen äquivalenter Mengen von Chloressigsäurebornylester mit valeriansauren Salzen und danach folgende Reinigung durch Destillation im Vakuum. Während im Bornyval die wirksamen Bestandteile direkt miteinander verkettet sind, wird bei der Synthese des Neu-Bornyvals ein Glykolsäuremolekül



dazu benutzt, Baldriansäure und Borneol zu einem neuen Ester zu verbinden, der vor dem Borneol erhebliche Vorzüge besitzt.

Eigenschaften: Neu-Bornyval ist eine farblose, fast völlig geruch- und geschmacklose, ölige Flüssigkeit, nicht löslich in Wasser, leicht löslich in Weingeist, Äther, Benzol und fetten Ölen. Spezifisches Gewicht 1,025—1,030. Siedepunkt 181° bei 12 mm Druck, bezw. 283—285° unter Zersetzung bei 760 mm Druck. Bornyval siedet bei 132° und 12 mm Druck.

Identitätsreaktionen und Prüfung: Verseift man 6 g Neu-Bornyval durch einstündiges Kochen mit 50—100 g alkoholischer Kalilauge (10%) am Rückflußkühler, destilliert den Alkohol ab und leitet durch die Flüssigkeit Wasserdampf, so scheiden sich im Kühler und in der Vorlage reichliche Mengen von Kristallen ab, die sich durch Aussehen, Geruch, Kristallform, Schmelzpunkt, eventuell nach Umkristallisieren aus Petroläther, als Borneol identifizieren lassen. Säuert man den Rückstand der Wasserdampfdestillation mit Salzsäure an, so tritt, besonders beim Erwärmen, der Geruch der Isovaleriansäure auf. Die alkoholische Lösung des Neu-Bornyvals (1+19) darf Lackmuspapier nicht verändern.

Indikationen: Neu-Bornyval findet einerseits als Sedativum und Nervinum bei Aufregungszuständen aller Art, andererseits als Analeptikum bei Schwäche- und Kollapszuständen, bei Neurosen des Zirkulations-, Verdauungs- und Zentralnervensystems, also bei sämtlichen Krankheiten, bei denen sich Bornyval seit mehr als 9 Jahren bestens bewährt hat, Anwendung.

Pharmakologie und Physiologie: Gegen saure Agentien ist Neu-Bornyval erheblich widerstandsfähiger als Bornyval; gegen künstlichen Magensaft verhält es sich bei 37° C resistent, passiert dementsprechend den Magen unzersetzt und wird erst im Darm unter Aufnahme von 2 Molekülen Wasser in Borneol Baldriansäure und Glykolsäure gespalten. Infolge des vergrößerten Moleküles ist der Gehalt des Neu-Bornyvals an Borneol und Baldriansäure zwar etwas geringer als der des Bornyvals, doch wirkt dafür die Glykolsäure ausgleichend, so daß die Gesamtwirkung mit der des Bornyvals identisch ist. Durch die im pharmakologischen Institut der Universität Berlin vorgenommenen Versuche wurde bestätigt, daß in der pharmakologischen Wirkung von Bornyval alt und neu keinerlei erkennbarer Unterschied besteht. Beide Mittel brachten am Tier (vorzugsweise wurden Katzen verwendet) unter gleichen Bedingungen die gleichen objektiv erkennbaren Veränderungen im Organismus hervor: mäßige Steigerung des Blutdrucks, nicht unbedeutende Erhöhung der Frequenz der Atemzüge; die Atmung wird um etwa 40% des normalen Wertes ausgiebiger und tiefer, die Pulsfrequenz erleidet jedoch keine Veränderung. Die Veränderungen von Blutdruck und Atmung nach Bornyval alt oder neu traten übrigens nicht ein nach Durchschneidung beider nervi vagi vor der Injektion; in diesem Falle wurde die Respiration nicht erkennbar beeinflußt, während der Blutdruck, statt zu steigen, eine leichte Senkung erfuhr.

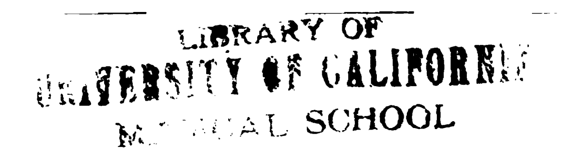
Der eigentümliche Geruch des Bornyvals (alt), sowie ein unangenehmer Ruktus nach dem Einnehmen veranlaßten bisweilen besonders empfindliche Patienten, von dem Gebrauche des bewährten Medikamentes Abstand zu nehmen. Diese Übelstände sind bei Neu-Bornyval völlig beseitigt. Einige Ärzte nahmen an drei aufeinanderfolgenden Tagen früh nüchtern 6, sogar 10 Kapseln, also bis 2,5 g Neu-Bornyval, ohne vor Ablauf von zwei Stunden irgend etwas nachzutrinken oder nachzuessen; in keinem Falle trat irgend eine unangenehme oder lästige Erscheinung des Magen-Darmtraktus auf. Ein leichtes, aber nicht unangenehmes Wärmegefühl machte sich nach dem Einnehmen bemerkbar, doch fehlte unangenehmes Aufstoßen völlig und auch der Appetit war in der Folge nicht alteriert.

Dosierung: Wie Bornyval, zwei bis viermal täglich 1—3 Perlen zu je etwa 0,25 g, mit Milch, Kaffee, Zuckerwasser oder Limonade.

Handelsformen: Originalschachteln mit 12 und 25 Perlen.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.





30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von

Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.

Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 47.	Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin.	21. Nov.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Traditionen in der Medizin.

Von Generaloberarzt Dr. **Buttersack.**

Es gibt eine geistige Pandemie, welche heute vielleicht noch stärker grassiert als in früheren Zeiten, nämlich der Wahn, daß wir an Wissen und Können unseren Vorgängern weit überlegen seien. Wem fällt es noch ein, in den Schriften der „Alten" zu lesen und ihre Vorstellungen kennen zu lernen? Tut das jemand — ich kenne das aus eigener Erfahrung —, so halten ihn viele für einen Sonderling, der den Schatten „überwundener Anschauungen" dem Lichte der modernen Forschung vorziehe. Solche Leute bedenken nicht, daß die moderne Scheinwerferbeleuchtung blendet, und sie täuschen sich über die historische Entwicklung der Wissenschaften, welche in ihrem spiraligen Verlaufe morgen wieder Wahrheiten proklamieren kann, welche schon vor Jahrhunderten entdeckt waren. Der Gedanke ist ihnen fremd, daß der scheinbar rückwärts gerichtete Blick besser in die Zukunft schaut als die hypnotische Fixierung momentaner Funde: Das Studium der Vergangenheit ist der Kompaß für die Zukunft.

Nicht das nenne ich Geschichte der Medizin, zu wissen, wie viele Bücher Hippokrates geschrieben hat, wer den ersten Steinschnitt machte, oder wann Rob. Koch den Tuberkelbazillus entdeckte. Die Geschichte der Medizin verfolgt vielmehr die jeweils herrschenden Vorstellungen und zeigt, wie sie im Grunde genommen nur Variationen gewisser Grund-Ideen darstellen. Die Kostüme wechseln, aber die Fabel bleibt dieselbe, hat J. Henle einmal gesagt.

Derselben Ansicht ist auch der französische Generalarzt Maljean, und in einem kleinen Aufsatz[1]) zeigt er an verschiedenen Beispielen, wie sich in Wahrheit nur die Worte bezw. die Form, nicht aber die Ideen der praktischen Medizin geändert haben. Zur Zeit Molières sprach man von einer scharfen Galle (âcreté de la bile); heute spielt die Gallensteinkrankheit eine ähnlich große Rolle, und das Prinzip des Purgierens herrscht — kaum dem Namen nach geändert — damals wie heute (vide Karlsbad usw.!).

Metschnikoff vertritt die Lehre, daß das Altern eine Intoxikationskrankheit vom Darm aus sei und daß man demgemäß

[1]) Maljean, Science et tradition en médecine. Bullet. médical. 1912, Nr. 57.



den Darm von den schädlichen, Jndol u. dergl. produzierenden Bakterien befreien müsse. Er sucht das Ziel durch eine komplizierte Diät und bestimmte Mikroorganismen zu erreichen. Den früheren Ärzten glückte das gleiche durch Klysmen und Purgantien; jedenfalls erhielten sie auf diese Weise Ludwig XIV. bis zum 76. Jahr am Leben und zwar frisch und leistungsfähig. Daß Abführmittel den Darm besser desinfizieren als Kalomel, Salol, Naphthol u. dergl., haben wir glücklich auch wieder herausgebracht, und wenn dermalen saure Milch als Kefir, Kumys usw. viel verordnet wird, so ist das nur eine Reminiszenz an uralte Sitten. Sogar den von Metschnikoff als stärkespaltendes Agens aus dem Hundedarm gezüchteten Bazillus haben die Ärzte des Mittelalters angewendet in Form des unter dem Namen: „Graecum album" verordneten getrockneten Hundekots. Und klingt nicht unsere Organtherapie deutlich an frühere Methoden an?

Die Phagocytose war den Alten nicht bekannt, wohl aber das Blasenpflaster. Was ist das anderes als ein Vorläufer der Fixations-Abszesse, welche heute wieder da und dort bei septischen Zuständen empfohlen werden?

Daß die Eingeweidewürmer häufig genug den mikrobotanischen Lebewesen den Eingang in den Organismus eröffnen, war den Alten viel klarer als uns Heutigen. —

Maljean's Landsmann, Michel Peter, hat einmal gesagt: Es gibt in der Medizin ewige Wahrheiten; sie sind ewig, eben weil sie wahr sind. Auf sie kommt man immer wieder zurück (Il y a en médecine des vérités traditionnelles, éternelles, comme la vérité, parcequ'elles sont la vérité. C'est de ces vérités traditionnelles qu'on peut dire: Un peu de science en éloigne, beaucoup de science y ramène).

Unsere Kunst und Wissenschaft gleicht einem Strom, welcher sich durch die Jahrhunderte dahinwälzt. Wohl nimmt er immer neue Zuflüsse auf, aber die Richtung bleibt dieselbe. Der Gedanke ist absurd, daß wir paar Leute des XX. Jahrhunderts ihm eine andere Richtung geben könnten.

Die Medizin ist aber noch einem anderen Produkt des Zusammenwirkens aller Individuen und aller Zeiten vergleichbar: der Sprache. Wir haben sie als eine gewaltige Schöpfung überkommen und können daran wohl mancherlei ändern. Aber die Fundamente der Grundideen vermögen wir nicht zu verschieben, weil sie in uns selbst, den lebendigen Fortsetzungen aller früheren Baumeister, zu fest verankert sind.

Bericht über die 37. Zusammenkunft der Ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg (August 1912)

nach dem Referat in den Klin. Monatsblättern für Augenheilkunde
von **Dr. Enslin**, Stabsarzt a. D.

Pfalz (Düsseldorf): Ueber Dauer und Art der optischen Veränderung narbiger Hornhauttrübungen.

Die scheinbare Dichtigkeit einer Hornhauttrübung ist ein unzuverlässiger und deshalb unbrauchbarer Maßstab für die Beurteilung der durch die Trübung bedingten Funktionsstörung. Die Schärfe der Netzhautbilder hängt nur von der größeren oder geringeren Regelmäßigkeit der Hornhautoberfläche ab. Das keratoskopische Bild bietet deshalb den zuverlässigsten Anhalt für die Höhe der Funktion.



Traumatische Hornhauttrübungen geben eine durchaus gute Prognose in optischer Hinsicht.

Lenz (Breslau): Zur Lehre vom Farbensinnzentrum.

L. berichtet über 2 Fälle doppelseitiger zentraler Farbenhemianopsie, die beide zur Sektion kamen. L. kommt zu dem Schluß, daß ein räumlich isoliertes Spezialzentrum für den Farbensinn nicht existiert, daß dieses vielmehr an das Gebiet des Sehzentrums im Gebiet der fissura calcarina gebunden sei und hier höchstwahrscheinlich seine Vertretung in den obersten Rindenschichten habe.

v. Hippel (Halle): Weitere Mitteilungen über Palliativoperationen bei Stauungspapille.

Das Auftreten einer sicher festgestellten doppelseitigen Stauungspapille ist eine unbedingte Indikation zur chirurgischen Behandlung. Der Eingriff ist bei noch voll erhaltenen Funktionen vorzunehmen. Die Dauerdrainagen der Ventrikel sind wegen der technischen Schwierigkeiten noch nicht zu allgemeiner Anwendung geeignet. Die Lumbalpunktion ist und bleibt kontraindiziert, wenn eine Geschwulst wahrscheinlich ist. Sie ist angezeigt bei Meningitis und zur Unterstützung der antiluetischen Behandlung. Der Balkenstich kann vollständige Heilung der Stauungspapille herbeiführen. Es gibt aber Fälle, in denen er versagt und wo eine nach 3—4 Wochen nachgeschickte Trepanation vollen Erfolg hat. Als der geringere Eingriff ist der Balkenstich bei allen wirklichen Frühstadien, d. h. bei normalen Funktionen zu empfehlen. Die Eröffnung der Dura ist angezeigt, wenn innerhalb von 14 Tagen nach der Trepanation die Stauungspapille nicht zurückgeht.

Igersheimer (Halle): Experimentelle Untersuchungen zur Syphilis des Auges.

I. hat Untersuchungen von Spirochätenmisch- und — reinkulturen (nach Sowade) durch Injektion in die Blutbahn angestellt. Hierbei sind primäre Erscheinungen von solchen zu unterscheiden, die erst nach einer gewissen Latenz eintreten. Primär fanden sich Injektion der Bindehaut, auch des Ziliargefäßsystems sowie weiße Herde am Hintergrunde (akute Chorioiditis). Als spätere Folgeerscheinungen fanden sich Lidgeschwulst, Geschwulst an der Plica semilunaris, Iritis, Irispapeln, Entzündung der ganzen Uvea, Retina und Papille, Opticusatrophie und als besonders interessante Erkrankung eine typische Keratitis parenchymatosa. Dies ist der erste Fall einer typisch luetischen Erkrankung nach Injektion mit Reinkultur, fern von der Injektionsstelle. Es gibt also eine primäre Keratit. parenchym.

v. Szily (Freiburg) ist es gelungen experimentell Tumoren des Zentralnervensystems bei Embryonen hervorzurufen. Es handelt sich um typische Epithelrosetten, die nicht durch Faltungen der epithelialen Anlage entstehen, sondern dadurch, daß an atypischen Stellen versprengte Zellhaufen multiple kleine Keimzentren bilden, in deren Mitte dann ein Lumen entsteht. So entsteht eine Rosette neben der andern. Es handelt sich um die ersten Versuche, durch die es gelingt, primäre embyronale Tumoren künstlich hervorzurufen.

Uhthoff: Demonstration zur Akkomodationsfrage.

Bei einem Kinde mit totalem angeborenen Irismangel ließen sich die Veränderungen im vorderen Bulbusabschnitt bei der Akkomodation



studieren. Diese zeigte alle Charakteristika der Helmholtzschen Theorie.

Wessely (Würzburg): Zur Behandlung des Ulcus serpens.

Wessely hat einen Dampfkauter konstruiert, mit dessen auf 98 oder 76° erhitzter Spitze das Ulcus betupft wird. Der Erfolg war glänzend: unmittelbare Reinigung des Geschwürs, schnelle Resorption des Hypopyons und zarte Narbe.

Stock (Jena): Zur Frage der Schutzbrillen.

Eine Schutzbrille soll das Spektrum in allen Teilen gleichmässig abschwächen. Das kann nur mit farblosen Rauchgläsern erreicht werden, die ultraviolette Strahlen so gut wie garnicht durchlassen. Wenn man ein geschliffenes Glas verschreibt, so muß es überall gleichmäßig grau sein. Dies ist nur bei Ueberfanggläsern der Fall. Am zweckmäßigsten sind die von der Firma Zeiß unter dem Namen Umbralgläser in den Handel gebrachten.

Wessely: Beiträge zur Lehre vom Augendruck.

Der Augendruck ist abhängig vom Blutdruck und auch von der Fülle der Gefäße. So kann bei Sympathikusfaradisation oder intravenöser Adrenalininjektion trotz steigendem Karotisdruck der Augendruck sinken. Klinisch wichtiger sind die Fälle, in denen er durch intraoculare Vasodilatation steigt (Amylnitrit, Coffein, Antipyrin). Diese Stoffe können also gelegentlich einen Glaukomanfall auslösen. Bezüglich der Augenmuskeln, denen bisher eine Einwirkung auf den Augendruck abgesprochen wurde, ließ sich feststellen, daß auch bei ihrer Kontraktion eine Tensionserhöhung eintrat, und zwar die geringste bei Trochlearis-, eine stärkere bei Abduzens- und die mächtigste bei Okulomotoriusreizung. Diese Tatsachen sind nicht ohne Wert für gewisse Myopietheorien. Genaue Prüfung des Tonometers von Schiötz lassen den Vortr. vor einer Ueberschätzung der gefundenen absoluten Werte warnen. Er erblickt geradezu eine Gefahr darin, wenn lediglich auf Grund von erhöhten Tonometerwerten ohne sonstige klinische Symptome die Diagnose auf Glaukom gestellt und zur Operation geschritten wird.

Stargardt (Kiel): Zur pathologischen Anatomie des Sehnervenschwundes bei Tabes und Paralyse.

Die frühere Auffassung von dem peripherischen Beginn der Atrophie ist nicht haltbar. Die Netzhautdegenerationen sind stets sekundär und unterscheiden sich in nichts von den Veränderungen bei anderen deszendierenden Degenerationen. Auch die Veränderungen im peripherischen Sehnerven sind stets sekundär. Die Ursache der Atrophie ist in entzündlichen Veränderungen im Chiasma und in den intrakraniellen Sehnerven zu suchen, Die entzündlichen Prozesse greifen auf alle in der Nachbarschaft liegenden Teile des Zentralnervensystems über. Stargardt faßt diese wie die durchaus identischen entzündlichen Veränderungen in der Hirnrinde bei der Paralyse und im Rückenmarck bei der Tabes als spätsyphilitische, nicht gummöse Prozesse auf, die wahrscheinlich durch Spirochäten am Orte der Erkrankung selbst hervorgerufen werden.

Best: Die Untersuchung der Tiefenschärfe.

Sie sollte mit derselben Regelmäßigkeit und Genauigkeit vorgenommen werden wie die der Sehschärfe. Bei Refraktionsdifferenz ist eine brauchbare Tiefenschärfe oft noch bis zu einem Unterschiede von 7° vorhanden. Im allgemeinen aber setzen angeborene Refrak-



tionsdifferenz oder Schwachsichtigkeit die Tiefenschärfe stärker herab als Hornhauttrübungen bei gleicher Sehschärfe. Die Grenze einer brauchbaren Tiefenschärfe liegt bei etwa $^1/_{40}$ der normalen Tiefenschärfe; sie enspricht einer ein- oder doppelseitigen Herabsetzung der Sehschärfe auf $^1/_{10}$—$^1/_{20}$.

Birsch-Hirschfeld (Leipzig): Ueber Sonnenblendung am Auge.

Dieselbe Blendungsintensität ruft beim dunkelpigmentierten Auge hochgradigere Veränderungen hervor als beim albinotischen Tier. Bezüglich der Aetiologie ergab sich, daß allein die leuchtenden Strahlen das wirksame Agens bei der Sonnenblendung darstellen; denn Vorschaltung eines Schwerflintglases, das fast alle ultravioletten Strahlen, und Vorschaltung einer Kammer mit Ferrosulfatlösung, die den größten Teil der ultraroten Strahlen absorbiert, verhinderte nicht das Auftreten typischer Blendungsherde. Als ausreichender Schutz des Auges gegen Sonnenblendung ist ausschließlich der Gebrauch von Schutzgläsern zu empfehlen, die die leuchtenden Strahlen der Sonne so stark abschwächen, daß kein Blendungsnachbild entsteht (also am besten dunkelschwarze. — Ref.).

Bayer (Freiburg i. Br.): Zur Pathologie des Frühjahrskatarrhs.

Unter Okklusivverband tritt oft Rückbildung der Erkrankung auf. Es ließ sich zeigen, daß der Frühjahrskatarrh keine reine Lichtkrankheit ist, sondern daß die Berührung mit der Luft eine ätiologisch wesentliche Rolle spielt.

Uhthoff (Breslau): Diagnostische Verwertung der einseitigen Stauungspapille und des einseitigen Exophthalmus bei intracraniellen Erkrankungen.

Bei Großhirntumor einseitige Stauungspapille in 56 Prozent der Fälle auf der Seite des Tumors; bei doppelseitiger, aber einseitig stärkerer Stauungspapille war der Sitz des Tumors in 73 Prozent auf der stärker erkrankten Seite. Das Auftreten von stärkeren Netzhautblutungen auf einem Auge bei doppelseitiger Stauungspapille berechtigt nicht immer zu dem Schluß: Tumor auf der Blutungsseite; ungefähr ebenso häufig war er auf der entgegengesetzten Seite. Bei Kleinhirntumor Stauungspapille auf der Tumorseite so oft wie 3 : 1. Noch ausgesprochener war dies Ueberwiegen der Krankheitsseite bei Großhirnabszeß: 80 Prozent, und fast stets bei Kleinhirnabszeß. Bei Hirnsyphilis, besonders der basalen gummösen Meningitis bedeutet der einseitige Papillenprozeß durchweg absteigende neuritische oder perineuritische Optikusveränderungen. Bei den Erkrankungen der Hirnhäute kommt das einseitige Auftreten einer Stauungspapille oder Neuritis opt. selten vor. Der einseitige Exophthalmus bei intrakraniellen Erkrankungen beruht meistens auf direkter Mitaffektion der Orbita. Bei Hirnabszeß kommt er selten vor, dann aber in der Regel auf der Seite des Abscesses.

Sattler jun. (Giessen) hat Rippenknorpeltransplantationen in die Tenonsche Kapsel nach Enukleation zur Erzielung eines gut beweglichen Stumpfes für das künstliche Auge vorgenommen.

Verderame (Turin, früher Freiburg): Sensibilität und Nervenendigung in der Cornea der Neugeborenen.

In den ersten Lebensmonaten ist die Hornhautsensibilität auffallend unentwickelt; sie zeigt sich erst vom 4. Monat ab und in der Zeit vom 6.—10. fast regelmäßig voll ausgebildet. Dieser Unterschied



zwischen Säugling und Erwachsenen beruht nicht auf einem anatomischen Verhalten der Hornhautnerven oder ihrer Endigungen, sondern auf der noch nicht voll ausgebildeten Funktion der zentralen Nervenleitung oder Empfindung Es entspricht das der von Axenfeld für das Fehlen des psychischen Weinens bei Neugeborenen gegebenen Erklärung.

Aus der Poliklinik für Magen-, Darm- und Stoffwechselerkrankungen.
Von Dr. A. Lewandowski - Berlin.

Ueber Prothaemin.

Von Dr. **Wilhelm Jüngerich,** Berlin.

In dieser Zeit, wo der Markt von der Nahrungsmittelchemie mit einer Riesenzahl von Eiweißpräparaten beschickt wird, ist eine gewisse Skepsis jeder solchen Neuerscheinung entgegengebracht, wohl am Platze. Krankt doch die Mehrzahl dieser Mittel an den verschiedensten Mängeln, deren letzter nicht, die Höhe des Preises ist. Cohnheim äußert sich in seiner „Physiologie der Verdauung und Ernährung" über die künstlichen Eiweißpräparate sehr pessimistisch: „Hier wären noch die künstlich aus Fleisch hergestellten Eiweißpräparate anzureihen, mit denen die Industrie den Markt überschwemmt, zu ihrem Nutzen, aber zu der Konsumenten Schaden. Denn verdaulicher wird das Eiweiss durch die Behandlung nicht; wenn wir das Fleischeiweiß nicht in der gewöhnlichen Form geben, sondern als Pulver oder in Lösung, so greifen wir in den normalen Gang der Reflexe störend ein, wenn wir die Extraktivstoffe und Salze des Fleisches entfernen, so beseitigen wir Stoffe, die der Körper braucht. Kurz, Sie sehen, daß es nur nachteilig sein kann, das Nahrungseiweiß aus seiner natürlichen Verbindung herauszureißen und für sich zu geben." Berechtigt hält Cohnheim die Verwendung von Eiweißpräparaten nur als Appetitsmittel oder zwecks Suggestionstherapie, für Kranke aber hält er sie nutzlos und irrationell. „Denn der Kranke muß zu dem, was die Nahrungsmittel an sich kosten, noch die Arbeit bezahlen, die erforderlich ist, das Präparat aus dem natürlichen zu isolieren."

Unstreitig treffen die Vorwürfe, die Cohnheim in seinen Ausführungen macht, bei einer großen Zahl der heutigen Eiweißpräparate zu, und besonders ist der Letzte gegen das Mißverhältnis zwischen Nutzeffekt und Preis unwidersprochen der Wichtigste, zumal, wenn die Eiweißherstellung aus reinem Fleisch geschieht. Hier war es nun eine, von national-ökonomischem Standpunkt aus betrachtet, geniale Idee, die Salkowski in letzter Zeit durch längere Versuche zu verwirklichen suchte, das Eiweiß der Abfälle bei der Schlachtung, das sonst unausgenutzt der Vernichtung anheim fällt in Form eines Präparates der Ernährung nutzbar zu machen. Ursprünglich hatte Salkowski an die Darstellung eines Eiweißnahrungsmittels, eines Fleischersatzmittels für die Breite des Volkes gedacht, ein Ziel, das die Versuche leider nicht erreichen ließen. Auch die Versuche der Gewinnung des Eiweißes aus Fleischrückständen lieferte kein rationelles Präparat, dagegen gelang es Salkowski, aus dem Blute der Schlachttiere, speziell der Rinder ein pulverartiges Präparat herzustellen, mit dem er in längeren Fütterungsversuchen außerordentlich gute Erfolge erzielte. Das unter dem Namen „Prothaemin" in den Handel gebrachte

Erzeugnis erfüllt alle Anforderungen, die an ein gutes Nährpräparat gestellt werden müssen. Es ist ein gut aussehendes, geruchloses, schokoladenfarbenes Pulver von durchaus angenehmem Geschmack, soweit von einem solchen die Rede sein kann. Es ist gut löslich und leicht verdaulich. Es enthält die Gesamteiweißkörper des Blutes, unter denen das Globin an Hämatin gebunden, ja einen besonders leicht verdaulichen Eiweißkörper darstellt, den Gesamtgehalt seines Eisens und reichlich organisch gebundenen Phosphor. Es entspricht nach unseren Erfahrungen den Indikationen, die im besonderen Falle seine Anwendung fordern (Chlorose, Anämie, Unterernährung, Tbc.). Die Relation zwischen Volumen und Nährwert ist die denkbar günstigste. Wir haben mit dem Präparat bei mehreren Fällen, in denen die Anwendung eines reinen Eiweißpräparates indiziert erschien, in Konsumptionserkrankungen, wo eine vermehrte Eiweißzufuhr nicht nur eine erhöhte Ausscheidung, sondern einen wirklichen Ansatz von Körpereiweiß zu gewärtigen hat, sehr gute Erfolge erzielt; ich lasse im folgenden die Krankengeschichten von 5 Fällen folgen, bei 5 weiteren sind die Versuche noch nicht abgeschlossen, zeigen aber gute Fortschritte. Es handelt sich in allen Fällen um ausgesprochene Chlorosis bezw. einfache Anämie, zwei Fälle waren durch Ikterus catarrhalis bezw. Ulcus ventriculi kompliziert.

1. Martha Sch., 22 J., Arbeiterin, klagt seit einigen Wochen über zunehmende Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindelgefühl. In letzter Zeit auch Magenbeschwerden: Magendrücken, Übelkeit, Stuhl unregelmäßig. Von früheren Erkrankungen: vor 2 Jahren Lues akquiriert, in jedem Jahr je eine Schmier- bezw. Spritzkur. Wassermann zuletzt negativ.

Obj.: Sehr anämisches, unterernährtes Mädchen. Lungen: o. B. Herz: über allen Ostien accidentelles systolisches Blasen. Abdomen: Lebergegend und Epigastrium leicht druckempfindlich. Blutbefund: Hmglb. 58%, 3 500 000 Erythrozythen. Drei Tage nach Beginn der Prothaeminkur, Auftreten eines icterus catarrhalis. Patientin erbricht alles außer Flüssigkeiten und Prothämin, das sie gern und uhig weiter nimmt, in den nächsten Tagen Rückgang aller ikterischen Symptome. Nachlassen der subjektiven Beschwerden. Unter ständiger weiterer Einnahme von Prothämin von Woche zu Woche anhaltende Besserung des objektiven Befundes; Gewichtszunahme, bessere Färbung des Körpers und Schleimhaut. Steigerung des Hämoglobingehalts und der Zahl der Erythrozythen. Am Ende der 4 wöchigen Kur kann Patientin auf eigenen Wunsch als gesund und völlig erwerbsfähig entlassen werden.

2. Hilde K., 19 J., Putzmacherin, klagt über Appetitlosigkeit, Magendrücken, Übelkeit, einseitige Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Herzklopfen, unregelmäßige, schmerzhafte Menses, fluor albus. Außer Kinderkrankheiten keine früheren Erkrankungen.

Obj.: Sehr unterernährtes Mädchen. Ausgebreitete Akne. Anämischer Körper und Schleimhaut. Zahlreiche nervöse Stigmata. Lunge und Herz: o. B. Abdomen: mäßige Atonia ventriculi. Ren dentr. mobilis. Blutbefund: Hmglb. 60%. Zahl der Erythrozythen: 4 120 000. Diagnose: Chlorosis, Neurasthenie. Unterernährung.

Nach Einleitung einer Prothäminkur ist von Woche zu Woche eine deutliche Besserung der subjektiven und objektiven Beschwerden



zu konstatieren, so daß Pat. nach 4 Wochen als ganz bedeutend gebessert entlassen wird.

3. Anna S., 27 J., Lageristin, kommt mit allen Zeichen und Klagen neuropathischer Natur. Unruhe, Schlaflosigkeit, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Herzbeschwerden, starkes Schwindelgefühl bis zu Ohnmachtsanfällen, Gewichtsabnahme, äußerst hartnäckige Stuhlverstopfung.

Obj.: Grazile Person in mäßigem Ernährungszustand, schlechte Gesichtsfarbe, blasse Schleimhäute. Ausgesprochenes Symptom neuropathischer Veranlagung, leichte Splanchnoptosis. Blutbefund: 55 % Hmglb. Zahl der roten Blutkörperchen 3 700 000. Verordnung von Prothämin und Fichtennadelbädern. Schon nach einer Woche äußert die äußerst skeptische Patientin, daß sie sich viel besser fühle, der Appetit hat sich eingestellt, das lästige Schwindelgefühl und Flimmern vor den Augen habe nachgelassen. In der Folge ist eine gute Gewichtszunahme, Hebung des subjektiven Befindens zu konstatieren. Am Ende der Kur korrespondiert mit der subjektiven Besserung der objektive Befund, so daß Patientin völlig ihrem Berufe wieder nachgehen kann.

4. Martha Sp., 21 jähr. Putzmacherin, seit einigen Jahren schon öfter im Krankenhaus und ambulatorisch wegen rezidivierendem ulcus ventriculi behandelt. Die Magenbeschwerden haben sich seit einigen Wochen unter entsprechender Diät, heißen Umschlägen, Bismuth-Medikation gebessert. Pat. klagt jetzt noch über großes Schwächegefühl und Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Appetitlosigkeit, Stuhlverhaltung.

Obj.: Sehr blasses, reduziert aussehendes Fräulein. Über den Herzostien leichte systolische Blasegeräusche. Nonnensausen der venae jugulares. Im Epigastrium noch leichter zirkumskripter Druckpunkt. Atonia ventriculi. Blutbefund 50 % Hmglb. Zahl der Erythrozythen 3 800 000. Diagnose: Anämie. Ulc. ventric. bei Beibehaltung einer schonenden Diät und übriger Ulcustherapie mit Ausschaltung des Bismuth subnitr. Ordination von Prothämin, das von der Patientin gern genommen und gut vertragen wird. Im Verlauf ist deutliche Hebung des Allgemeinbefindens und Besserung des objektiven Befundes zu konstatieren.

5. Elfriede B., 19 J., Verkäuferin, klagt über Kopfschmerzen, Mattigkeit, Schwindelgefühl, Appetitlosigkeit, Stuhlverhaltung.

Obj.: Blasses, unterernährtes Mädchen, leichte Schallverkürzung über der rechten Lungenspitze, abgeschwächtes Atmen mit verlängertem Exspirium. Herz: o. B. Abdomen: Diverse Druckpunkte entsprechend den plexus. Erhöhte Reflexe. Blutbefund: 75 % Hglb. 4 000 000 Erythrozythen. Diagnose: Chlorosis. Infiltr. apic. dentr. Therapie: Prothämin, Solbäder. Am Ende jeder Woche ist eine gute Gewichtszunahme, eine Besserung des Allgemeinbefindens sowie des objektiven Befundes zu konstatieren, die bis zur Entlassung der Pat. aus der Behandlung anhält. Zur besseren Übersicht folgt ein tabellarisches Résumé meines Materials.

		Hämoglobin	Zahl der roten Blutkörperchen	Körpergewicht	Diagnose	
1.	M. Sch. 22 J.	58 %	3 500 000	86	Anämie Icterus cat.	Beginn der Kur
	,,	75 %	4 000 000	92	—	Ende der Kur



2.	H. Kl. 20 J.	60 %	4 120 000	92,5	Chlorosis	Beginn der Kur
	,,	80 %	4 500 000	99	—	Ende der Kur
3.	A. S. 27 J.	55 %	3 700 000	107,5	Anämie, Neurasthenie	Beginn der Kur
	,,	70 %	4 000 000	110	—	Ende der Kur
4.	M. Sz. 21 J.	50 %	3 800 000	111	Anämie Ulc. ventric.	Beginn der Kur
	,,	75 %	4 000 000	115,2	—	Ende der Kur
5.	E. B 20 J.	57 %	4 000 000	116	Chlorosis	Beginn der Kur
	,	80 %	4 500 000	119,5	—	Ende der Kur

In allen Fällen zeigte sich im Verlaufe der Kur eine Abnahme der subjektiven Beschwerden, speziell der anämischen (Schwindelgefühl, Kopfschmerz usw.). Die Appetenz war eine gesteigerte. Objektiv zeigt sich in allen Fällen eine Vermehrung des Hämoglobingehaltes und der Zahl der roten Blutkörperchen, sowie eine gute Gewichtszunahme. Da außer der des Prothämin keine andere Medikation stattfand, ist der Erfolg unstreitig demselben zuzuschreiben.

Alle diese Wirkungen dürften dem Prothämin eine Sonderstellung unter den Nährpräparaten sichern, so daß es von dem vernichtenden Urteil, das Cohnheim über die Nährpräparate in toto fällt, nicht betroffen wird. Die Erfahrung zeigt, daß es sehr leicht verdaulich ist, speziell in unseren beiden Fällen (Icterus cat. und ulc. ventriculi) sehen wir eher eine günstige Beeinflussung. Der normale Gang der Reflexe, der Ablauf der Verdauung war in keiner Weise gestört, im Gegenteil ließ sich eine Hebung der Appetenz, eine Besserung der Magen-Darmbeschwerden (Verstopfung) konstatieren. Das Prothämin enthält alle Bestandteile des natürlichen Blutes in unveränderter Form, sein Eiweiß ist aus seiner natürlichen Verbindung nicht herausgerissen. Sein Preis ist nicht nur im Verhältnis zu seinem Nutzeffekt, sondern auch absolut ein billiger. Die subjektive und besonders objektive Besserung in unseren Fällen lassen bestimmt mehr als eine suggestive Wirkung erkennen. Alles in allem hat die Therapie aller mitKonsumption einhergehender Krankheiten im Prothämin ein sehr schätzenswertes und empfehlenswertes Hilfsmittel gefunden.

Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie u. path. Anatomie.

Unterberger, S. (St. Petersburg), **Die Bedeutung der lymphatischen Konstitution für den Verlauf der Krankheiten.** (St. Petersburger med. Zeitschr. **1912, Nr. 15, S.** 224 228.)

In den „Fröschen" läßt Aristophanes den Dionysos die Preisfrage stellen: „Wie denkt Ihr über die Rettung unseres Vaterlandes?" Der Schatten des Euripides gibt darauf diesen Bescheid: „Wenn wir vertrauen dem,



der jetzt für treulos gilt, und mißtrauen dem, dem wir vertrauen."

In ähnlicher Weise erhofft Unterberger die Rettung der Medizin nicht von der Bakteriologie, in deren Sternbild wir dermalen stehen, auch nicht von der hochmodernen Chemotherapie, sondern von Studien über die — wenigstens von der offiziellen Wissenschaft — z. Z. noch stiefmütterlich behandelte Konstitution. Er reduziert die Bedeutung des Bazillus auf ein bescheidenes Maß und beurteilt mit Martius die Antitoxine, Präzipitine, Bakteriolysine, Agglutinine, Opsonine als das, was sie wirklich sind: als geistreiche Hypothesen. Die Tatsache, daß die Menschheit trotz aller Bakterien noch nicht ausgestorben ist, sondern immer noch grünt und blüht, ist ihm ein Beweis, daß nicht die Infektion die Hauptsache ist, sondern die Beschaffenheit des Bodens.

Neu sind diese Dinge ja nicht. Aber wenn man beobachtet, daß derartige Gedanken immer häufiger und lauter ausgesprochen werden, dann kann man sich dem Eindruck nicht entziehen, daß der von Euripides verlangte Umschwung sich allmählich vollzieht. Es ist schade, daß Unterberger sich vorzugsweise auf D. v. Hansemann stützt. Bei O. Rosenbach — besonders in dessen Schrift: Arzt contra Bakteriologe — hätte er sich noch viel wirksamere Waffen holen können. Das letztgenannte Buch (Berlin—Wien 1903) kann allen denen dringend empfohlen werden, die Sinn haben für nüchternes, logisches, selbständiges Denken und die die Dinge nehmen, wie sie sind, und nicht, wie sie vielleicht sein könnten.

Buttersack-Trier.

Cmunt, Dr. E. (Luhacovic), **Die Wirkung der internen Darreichung der Gelatine auf die Viscosität des Blutes.** (Medizin. Klinik 1912, Nr. 34.)

Verfasser hat gewisse Beziehungen zwischen Viskosität des Blutes und Blutkrankheiten (Hämophilie, Anämie, hämorrhagische Diathesen) festgestellt. Im Anschluß daran wurde das Verhalten der Blutviskosität bei starken Blutungen und Anwendung von Hämostaticis, speziell von Gelatine untersucht. Es wurde 3 proz. Gelatine intern und 10 proz. Gelatina sterilisata Merck subkutan gegeben und die Viskosität vor und wiederholt in Intervallen von 24 Stunden nach der Darreichung gemessen. Aus der tabellarischen Zusammenstellung der Resultate geht hervor, daß eine Zunahme der Blutviskosität stattfindet, und zwar am stärksten nach subkutaner Injektion. Besonders deutlich ist der Unterschied der Wirkung im Fall 3 (Hämoptoe). 200 ccm Gelatine innerlich erhöhten die Viskosität binnen 10 Tagen um 0,6 gegenüber dem Anfangswert, während eine Injektion von 40 ccm Gelatina steril. Merck bereits innerhalb 24 Stunden Steigerung um 1,4 hervorrief. Die subkutan einverleibte Gelatine unterliegt wahrscheinlich weniger fermentativen Einflüssen vor dem Eintritt in den Blutkreislauf, als die innerlich gegebene. Außer der Viskosität steigt auch der Blutdruck, die Pulszahl weist schwankende Werte auf. Neben anderen Faktoren trägt die Zunahme der Dichte des Blutes zu dem blutstillenden Effekt der Gelatineanwendung bei.

Neumann.

Bakteriologie und Serologie.

Widal u. **Weissenbach** (Paris), **Antiparameningococcenserum.** (Acad. de méd. 23. Juli 1912. — Bull. méd. 1912, Nr. 59, S. 712/13.)

Eine Frau wurde mit typischer Zerebrospinal-Meningitis eingeliefert. Im Liquor cerebrospinalis fand sich der Meningokokkus. Darauf spritzte man ihr dreimal 40 ccm Antimeningokokkenserum ein; erfolglos. Die Ärzte bezw. Bakteriologen nahmen deshalb an, daß der vermeintliche Meningokokkus gar nicht der richtige Menigokokkus gewesen sei, sondern der bezw. ein Parameningokokkus, und injizierten ihr nunmehr Antiparameningokokkenserum von Dopter. Nach drei Injektionen war die Frau geheilt. (Post hoc? oder propter hoc? Ref.)

Fabula docet: man probire in allen Fällen neben den ortho- auch die para-Sera aus.

Buttersack-Trier.



Arnako I. und **Kojma, K.** (Kobe, Japan), **Komplementbindung bei Cholera und der Wert der Komplementbindungsmethode mit den Faeces für die rasche serologische Choleradiagnose.** (Zeitschr. f. Chemotherapie, 1912, I, H. 1.)

1. Es zeigten die Sera von den 17 Choleraträgern nur 5 mal eine positive Komplementbindung.

2. Die Sera der 34 leichten Fälle gaben 15 mal, die der 28 mittelschweren und schweren 20 mal eine positive Komplementbindung.

3. Bei den foudroyanten Fällen sowie bei den Choleratypoidfällen trat viermal eine nennenswerte positive Reaktion auf.

4. Der Titerwert der komplementbindenden und agglutinierenden Kraft des Serums war bei den mittelschweren und schweren Fällen meist höher als bei den leichten Fällen und bei den Trägern.

5. Die Komplementbindungs- und Agglutinationsreaktion fielen meist parallel aus, wenn auch bei wenigen Fällen zwischen den beiden Reaktionen kein Parallelismus bestand.

6. Die Cholerafälle enthalten spezifische Antigene und zwar um so mehr, je typischer der Stuhl aussieht und je zahlreicher er Vibrionen enthält.

7. Die Komplementbindung mit Fäzes Cholerakranker ist für die rasche serologische Choleradiagnose verwendbar. Mit typischen Reiswasserstühlen gelingt es, in kürzester Zeit mittels der Komplementbindung die Choleradiagnose zu stellen; bei breiigen und festen vibrionenhaltigen Stühlen ist eine Peptonwasseranreicherung erforderlich, mit der es fast regelmäßig gelingt, nach 13—17 Stunden die Diagnose mit Sicherheit zu stellen.

Neumann.

Innere Medizin.

Levaditi, C. u. V., Danulesco (Paris), **Kann man das Virus der Poliomyelitis in der Nase abfangen?** (**La p'énétrabilité du virus de la poliomyélite à travers la muqueuse nasale et l'action préventive des antiseptiques appliqués localement**). (Soc. de Biologie 27. Juli 1912. — Bull. méd. 1912, Nr. 66, S. 766.)

Die beiden Experimentatoren haben einigen Affen das Gift der Poliomyelitis auf die Nasenschleimhaut aufgetragen und nach einiger Zeit Nasenspülungen mit Menthol-Phenol, Wasserstoffsuperoxyd, Kali hypermang., Jod folgen lassen. Nur die beiden letzten Mittel erwiesen sich als wirksam.

Wie viel Zeit zwischen Infektion und Desinfektion verstrichen ist, geben die Autoren leider nicht an; offenbar nur kurze. Denn sie halten es selbst für aussichtslos, auf diese Weise die Poliomyelitis zu verhüten. Von Heilung sprechen sie überhaupt nicht. —

Vielleicht nimmt der eine oder andere daraus Veranlassung, seine Vorstellungen über die Wirksamkeit von antiseptischen Spülungen überhaupt, z. B. bei Gonorrhoe, etwas zu revidieren. Buttersack-Trier.

Lagarde (Paris), **Milchsäure-Ferment bei Ozaena.** (Gaz. méd. 1912, S. 248.)

L. hat bei 13 Patienten mit Ozaena und Rhinitis atrophicans sehr befriedigende Erfolge von Einblasungen von Milchsäure-Ferment gesehen. Die üblichen Therapien waren machtlos geblieben. Buttersack-Trier.

Chalier, J. u. Cremieu, R. (Lyon), **Un cas de phlebite pneumococcique.** (Bulletin médical 1912, Nr. 55, S. 675/76.)

Die beiden Assistenten an der medizinischen Klinik in Lyon teilen einen Fall von Entzündung der Vena saphena interna am linken Bein im Gefolge einer rechtseitigen Spitzen-Pneumonie bei einem 24-jährigen Alkoholiker mit und benützen ihn als Beweis für die Anschauung, welche die Pneumonie als eine allgemeine Sepsis mit vorzugsweiser Lokalisation im Lungengewebe ansieht. —

Da sich zwei Autoren um diesen Fall bemühten, so hätten sie wohl auch einer gleichzeitig aufgetretenen eitrigen Mittelohrentzündung auf der linken Seite mehr Aufmerksamkeit schenken können. Diese Komplikation hätte sich leicht als weiterer Beweis für ihre These verwerten lassen.

Buttersack-Trier.



Barbier, H. (Paris), **Latent verlaufende tuberkulöse Meningitiden** (Episodes méningés curables tuberculeux). (Bull. méd. 1912, Nr. 56, S. 687.)

So dankenswert ohne Zweifel die Aufschlüsse gewesen sind, welche die pathologische Anatomie der Medizin geliefert hat, so rächt es sich allmählich doch, daß wir dieser Spezialdisziplin den Rang der ausschließlichen Kontrolleuse zuerkannt haben. So kam es, daß alles, was nicht in ihren Bereich fiel, als nichtvorhanden angesehen wurde, und daß die Forschung sich selber der Kenntnis und Erkenntnis aller nicht obduzierbaren Krankheitszustände beraubte. Auf diese Weise entstand das Axiom: alle tuberkulösen Meningitiden sind tödlich. Daß dem tatsächlich nicht so ist, hat vor kurzem Bernheim auseinandergesetzt, und ihm tritt nun auch Barbier bei. Nach ihm gibt es eine ganze Reihe von tuberkulösen Reizzuständen der Hirnhäute, welche klinisch unter unbestimmten Symptomen verlaufen und wieder abklingen. Erst eine spätere Obduktion beleuchtet retrospektiv die damaligen Ereignisse. Zu diesen unbestimmten Symptomen gehören: Erbrechen, Krämpfe, Schläfrigkeit, neuralgische Beschwerden, oft von radikulärem Charakter. Solche Patienten bedürfen absoluter Ruhe; Bäder, Exzitantien und dergleichen sind vom Übel.

Mme Girard-Mangin fügte diesen Mitteilungen noch einige eigene Beobachtungen bei, in denen bei drei derartigen Patienten eine stimulierende Behandlung den Exitus nach sich gezogen hatte.

Buttersack-Trier.

Metschnikoff El. u. Al. Besredka (Paris), **Sur la vaccination contre la fièvre typhoïde.** (Acad. des Sciences 8. Juli 1912. — Bull. méd. 1912, Nr. 57, S. 696/97.)

Der Typhus spielt in Frankreich dauernd eine bedenkliche Rolle. Daher erklären sich die fortgesetzten Bemühungen um irgend ein Schutzverfahren. Auch das Institut Pasteur kann sich dieser Forderung der Zeit nicht entziehen, und so haben die beiden Forscher sog. Typhusbazillen, welche nach einem Verfahren von Besredka sensibilisiert waren, in großen Quantitäten 3 Schimpansen subkutan appliziert. Blut, Urin und Fäzes wurden in den nächsten Tagen fortlaufend kontrolliert, enthielten aber nie Bazillen. Die Infektionen waren mithin unschädlich und machten aus den Tieren auch keine gesunde Bazillenträger.

Nunmehr bekamen die 3 Schimpansen Dejektionen eines richtigen Typhuskranken, welchen außerdem noch sog. Typhusbazillen beigefügt waren: sie blieben gesund, während ein Kontroll-Affe nach 4 Tagen an richtigem Typhus erkrankte. Auf diese Versuche hin wurden in 1580 Inokulationen 745 Personen prophylaktisch behandelt, und zwar in der Weise, daß ihnen zunächst 1 ccm einer stark verdünnten, sensibilisierten Kultur unter die Bauchhaut injiziert wurde; 8 Tage später folgte dann eine doppelt so starke Einspritzung. Irgendwelche nennenswerten Reaktionen traten nicht auf. Blut, Urin, Fäzes blieben auch bei den Menschen bazillenfrei.

Ob der beabsichtigte Typhusschutz nun auch tatsächlich erzielt worden ist, läßt Metschnikoff unentschieden, nimmt es aber an. Überraschend mutet seine Schlußbemerkung an, daß die — an sich doch offenbar einfache — Vakzination nur im Notfall anzuwenden sei, also bei Truppen im Felde, bei mangelhaften sanitären Verhältnissen, in infizierten Irrenhäusern, beim Pflegepersonal usw.

Buttersack-Trier.

Brewer, Isaac W., **Die Therapie der Seekrankheit.** (Therapeutic Gazette, 15. Juni 1912.)

Verfasser hat als ärztlicher Begleiter eines Militärtransports nach den Philippinen Gelegenheit gehabt, das Veronal auf seine Wirkung bei Seekrankheit zu prüfen. In 81,8 % der Fälle wurde vollständige Wiederherstellung, in 18,2 % kein Erfolg erzielt. Das Mittel wurde zunächst nur therapeutisch verwendet und brachte meist innerhalb 30 Minuten Erleichterung. Auch bei wiederholter Erkrankung hatte es Erfolg. Später wurde es auch prophylaktisch gegeben, gewöhnlich mit promptem Erfolg, mehrmals konnten die Patienten schon an der nächsten Mahlzeit mit gutem Appetit



teilnehmen. Leichte, innerhalb 1 oder 2 Tagen verschwindende Nachwirkungen sah Verfasser in 3 Fällen; er führt sie auf zu hohe Dosen zurück.

Marfan, P.-J., Ménard, Saint-Girons (Paris), **Peroxydase als diagnostisches Hilfsmittel.** (Bullet. méd. 1912, Nr. 61, S. 723—725.)

Marfan geht seit einigen Jahren der Peroxydase in tierischen Flüssigkeiten nach und hat allmählich Pleuraexsudate, Urin, Eiter verschiedenster Herkunft, Liquor cerebrospinalis usw. in den Kreis seiner Untersuchungen einbezogen. Der Nachweis von Peroxydase ist (nach Bourquelot) einfach: Mischt man die zu untersuchende Flüssigkeit zu gleichen Teilen mit einer 1% wässerigen Guajacol-Lösung und läßt man dann einige Tropfen sauerstoffhaltigen Wassers hineinfallen, so tritt eine Orange- bis Rotfärbung auf.

Das Resultat fassen die 3 Autoren dahin zusammen, daß die Peroxydase-Reaktion immer an das Vorhandensein von polynukleären Zellen gebunden sei. Praktisch wichtig scheint die Reaktion nur beim Liquor cerebrospinalis zu sein: hier zeige sie sofort an, ob er Poly- oder mononukleäre Zellen enthält. Im ersten Falle liege eine epidemische, im letzteren eine tuberkulöse Meningitis vor. Buttersack-Trier.

Chirurgie und Orthopädie.

Delbet, P. u. P. Cartier (Paris), Pathogénie des hémarthroses du genou. (Bull. médic. 1912, Nr. 59, S. 709—710.)

Nichts erscheint banaler als ein Bluterguß in ein traumatisch affiziertes Kniegelenk. Indessen, in dem Erguß finden sich meist auffallend wenig rote Blutkörper, und mitunter stehen Erguß und Trauma in keinem Verhältnis. Bei ihren Studien fanden nun die beiden Kliniker überraschend häufig Tuberkelbazillen in der Punktionsflüssigkeit und kamen bei weiteren Überlegungen zu dem Schluß, daß Ergüsse nach leichten Traumen, wenn sie sich nicht sofort einstellen und wenn sie wenig Erythrozyten, aber viel Leukozyten enthalten, den Verdacht auf eine frühere, unbeachtet gebliebene tuberkulöse Gelenkaffektion erwecken. Die Therapie hat darauf Rücksicht zu nehmen. Buttersack-Trier.

Haedicke, J. (Potschappel bei Dresden), **Über den Leistenbruch als Unfall. (Ärztl. Rundschau 1912, Nr. 23, S. 267—270.)**

Aus dem vorliegenden Aufsatz von Haedicke geht hervor, wie recht diejenigen haben, die den Mangel an scharfem Denken in der Medizin beklagen. Die Leistenbrüche als Unfälle im Sinne des Gesetzes haben sicherlich schon den meisten Schwierigkeiten bereitet. Das kommt daher, daß man die Öffnung des (Leisten- usw. -) Kanals, das Heraustreten von Darmschlingen, und die Erwerbsfähigkeit nicht scharf unterschied. Tatsächlich liegen die Dinge ganz einfach, wenn man diese Punkte berücksichtigt. Für das Gesetz bezw. das Reichsversicherungsamt ist das Heraustreten von Darmschlingen der wesentliche Punkt, welcher eventuell die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt. Indessen dieses Heraustreten, diese „Fraktur“, geschieht immer plötzlich, bezw. innerhalb eines kurzbegrenzten Zeitabschnittes, nämlich dann, wenn ein Mißverhältnis vorliegt zwischen Schluß- und Widerstandsfähigkeit der Bruchpforte und intraabdominalem Druck. Ist erstere groß, so erfolgt das Brechen, die Sprengung, die Fraktur der Bruchpforten nur bei abnorm hohem Druck; ist sie klein, so kann schon ein Hustenstoß die Pforte öffnen und Darmschlingen vordrängen.

Spricht man von „allmählicher“ Entstehung des Bruches, so bezieht sich das nicht auf das Heraustreten von Darmschlingen, sondern auf die allmähliche Verminderung der Schlußfähigkeit. Aber das ist ein Punkt, welcher von der eigentlichen Fraktur, dem „Platzen“ der Bauchwand, scharf zu trennen ist. Auf welche Weise die Verminderung der Schlußfähigkeit zustande kommt, ist dem Wortlaute des Gesetzes nach einerlei. Dehnt sich somit das Gebiet der Hernien durch Unfall erheblich aus, so ist andererseits



zu berücksichtigen, daß nicht jeder Bruch die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt. Diese allgemein bekannte Tatsache stellt gewissermaßen die Korrektur dar, für die vergrößerte Anzahl von Fällen, die unters Unfallgesetz fallen. — Die Arbeit von Haedicke kann sowohl aus inhaltlichen wie formalen Gründen genauester Lektüre nur eindringlich empfohlen werden.

Buttersack - Berlin.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Schlimpert, Hans, Über Versuche mit neuen Narkosearten in der Gynäkologie. (Aus der Univ.-Frauenklinik in Freiburg i. Br.) (Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn., Juli 1912.)

Bekanntlich hat man in der Krönigschen Klinik seit $1^1/_2$ Jahren der Ausbildung der Sakralanästhesie viel Interesse und Arbeit gewidmet, und die Erfolge sind höchst anerkennenswert. Es sind zwei Arten ausgebildet worden: die hohe und die tiefe extradurale Anästhesie, erstere für Laparotomien, letztere für vaginale Operationen. Erstere insbesondere sei zu einer vollberechtigten Konkurrenzmethode der Lumbalanästhesie ausgearbeitet worden. Die schon im Jahre 1911 im Zentralbl. f. Gyn. veröffentlichte Technik hat einige wichtige Modifikationen erfahren. Vor allem ist die Dosierung geändert. Man geht von dem Körpergewicht der Frau aus. 50—60 Kilo gelten als Normalgewicht und 0,7 Novokain als Normaldosis für dieses Gewicht, 0,8 wird für alle lang dauernden Laparotomien gegeben. Frauen unter 50 Kilo erhalten cet. par. 0,1 Novokain weniger, Frauen mit 40—50 Kilo noch weniger. Die Minimaldosis beträgt 0,5. Bei einem Körpergewicht über 60 Kilo wird 0,1 mehr gegeben, aber die Maximaldosis beträgt auch hier nie mehr als 0,8. Bei der tiefen Sakralanästhesie für aperitoneale Operationen beträgt die Normaldosis 0,6. Neben dem Körpergewicht wird auch der allgemeine Ernährungszustand eingeschätzt, sowie die Wirkung der vorhergegebenen Skopolamin-Morphiumeinspritzungen. Ist tiefer Dämmerschlaf vorhanden, gibt man geringere Dosen von Novokain. Übrigens wird auch schon bei der Dosierung des Skopolamin-Morphiums das Körpergewicht berücksichtigt. Normale Individuen bekommen $1^1/_2$ und $^3/_4$ Stunden vor Beginn der Operation je 0,01 Mo. und 0,0003 Sk., kachektische davon die Hälfte. Die sakrale Injektion wird in Knieellbogenlage gemacht, die Lösung wird nicht mehr auf einmal, sondern in zwei bis drei Absätzen mit Pausen von $1^1/_2$—3 Minuten sehr langsam injiziert. Stets ist vorher das Becken zu senken, um sicher zu sein, daß nicht etwa eine Vene angestochen ist, sonst kommt es zu Atemstörungen. An Stelle des Serums wird jetzt zu der einmal aufgekochten Novokainlösung $^1/_4$ g Natr. sulfurosum zugesetzt. Der Hauptvorteil der im ganzen bisher 635 mal ausgeführten Sakralanästhesie soll ihre Ungefährlichkeit sein, die vollständige Entspannung der Bauchdecken, das fast völlige Fehlen von Erbrechen und das vollständige Fehlen von Kopfschmerzen, dem Hauptnachteil der Lumbalanästhesie. (40 %.) Gerade auf die völlige Entspannung der Bauchdecken legt die Freiburger Klinik ein Hauptgewicht. So wie mit der Sakralanästhesie werde sie mit keiner Inhalationsnarkose erreicht, es sei denn, daß man gefährlich hohe Dosen verwende. Als Nachteile werden zugegeben die komplizierte Dosierung und Technik, die z. Z. noch als notwendig erachtete Knieellbogenlage, das reichlich erforderliche Personal. Schädigungen einzelner Nervenstämme, die im Anafg einige Male vorkamen, aber vorübergehender Natur waren, sind mit der beschriebenen neueren Technik nicht mehr vorgekommen. Die ganz vorübergehenden Zirkulationsstörungen (Blässe des Gesichtes) haben nichts zu sagen, außer vielleicht bei Arteriosklerose. — Es werden dann noch Versuche mit Stickoxydulnarkosen mittels des Neuschen und des Gatchschen Apparates mitgeteilt; letztere fielen nicht ungünstig aus. — Gegenwärtig formuliert die Freiburger Klinik die Indikationsstellung folgendermaßen: Für kurzdauernde Eingriffe

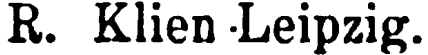


(Abrasionen, Exzisionen) Chloräthylrausch. Für etwas länger dauernde Eingriffe (Ausräumungen, kurz dauernde Laparotomien) Chloroform-Äther-Mischnarkose oder die Narkose nach Gatch oder Neu. Für alle übrigen Eingriffe (also mittlere und lang dauernde Laparotomien und länger dauernde vaginale Eingriffe) bei Personen mit nicht intaktem Herz- und Gefäßsystem und bei sehr fetten Individuen die Lumbalanästhesie, bei allen übrigen Individuen und Operationen die extradurale Anästhesie. (Besonders einfach ist diese Indikationsstellung nicht zu nennen, sie setzt auch ein vielgewandtes Narkosepersonal voraus.) R. Klien-Leipzig.

Martin, Ed., Anatomie und Technik der Levatornaht. (Aus der Univ.-Frauenklinik zu Berlin.) (Arch. f. Gyn., 97. Bd., 2. Heft, 1912.)

M. gibt zunächst einen historischen Überblick über diese Operation; teils bezweifelt er mit Recht, ob alle Operateure wirklich den Levator gefunden und genäht haben, teils macht er den bisherigen Methoden den Vorwurf, daß sie zu große Weichteilwunden setzen und durch Manipulationen an den großen Venenplexus die Gefahr der Embolie in sich bergen. Auf Grund anatomischer Studien, die kurz mitgeteilt werden, hat M. ein anscheinend sehr einfaches Verfahren ausgearbeitet, dem nur zu wünschen ist, daß es ebenso zuverlässig wie einfach sein möge. Der springende Punkt der Methode ist der, daß mit den Levatorschenkeln zugleich das gesamte Fasziengerüst des Beckenbodens mittels Naht vereinigt wird. Nicht die Muskeln, sondern die Faszien gäben die genügende Festigkeit. Der Gang der Operation ist kurz folgender: Es wird ein kurzer Querschnitt dicht unterhalb der hinteren Kommissur durch die Haut angelegt, dieser Schnitt wird beiderseits nach aufwärts und etwas nach außen bis in die kleinen Labien verlängert, je nach der Höhe des neu zu schaffenden Dammes. Dieser also auf drei Seiten umschnittene Hautlappen wird mit Klemmen nach vorn gezogen und mit dem Messer von der Unterlage abgelöst. Jetzt liegt das Centrum perineale mit den benachbarten, in der Hauptsache fasziösen Abschnitten des Diaphragma urogenitale frei. Nunmehr wird nicht, wie bisher üblich, das Septum rektovaginale in der Mitte zwischen Rektum und Scheide getrennt, sondern es wird zunächst s e i t l i c h in das Dammgewebe vorgedrungen, indem das Diaphragma beiderseits von der oberen Ecke der Wunde aus mit dem Messer eingekerbt wird. In diese eingekerbten Stellen dringt jetzt der Finger etwas nach der Seite zu stumpf in die Tiefe, soweit bis er festeres Gewebe fühlt. Man soll dann den von seiner faszialen Hülle bekleideten M. levator ani vor sich haben. Man kann jetzt leicht den Mastdarm nach abwärts drücken und sich dicht an die Scheidenwand haltend, diese ablösen, zuerst scharf, dann stumpf, ohne Gefahr zu laufen, das Rektum zu verletzen. Diese stumpfe Ablösung soll jedoch nur soweit gemacht werden, bis die medialen Levatorschenkel frei liegen. Man soll sich dadurch Klarheit in zweifelhaften Fällen verschaffen, ob man wirklich die Levatorschenkel vor sich hat, daß man die vorliegende Gewebsfalte anspannt und weiter nach vorne zu mit dem Finger verfolgt. Läßt sich ihr Ansatz am inneren Rande des oberen Schambeinastes nachweisen, dann ist es sicher der innere Schenkel des Levator ani, der M. puborectalis. Anderenfalls habe man es mit einer Gewebsplatte zu tun, welche dem Diaphragma urogenitale angehört. Die Naht vollzieht sich so, daß die Nadel links am Wundrande durch die Haut und das Diaphragma urogenitale eingestochen wird, dann den Levator und seine Faszie möglichst weit erst auf der linken und dann auf der rechten Seite faßt und schließlich auf der rechten Seite wieder durch das Diaphragma urogenitale und die Haut ausgestochen wird; das Rektum in der Mitte bleibt unberührt. So werden zwei oder drei Nähte angelegt; die unterste verläuft schließlich nur im Centrum perineale. Zur versenkten Naht wird Katgut verwendet. Den Abschluß der Operation bildet die quere Vereinigung der Hautwunde, nachdem ein beliebiger Zipfel in der Mitte des hochgeschlagenen Lappens exzidiert worden ist. Abbildungen erläutern den Text.

R. Klien-Leipzig.





v. Kubinyi, Paul, Beiträge zur Frage der sarkomatösen Entartung der Gebärmuttermyome und des Zusammentreffens mit dem Corpuskarzinom, nebst Beschreibung eines Falles von Carzinosarkom des Uterus. (Aus d. Krankenh. der Budapester Poliklinik.) (Arch. f. Gyn., 97. Bd., 2. Heft, 1912.)

v. K. wendet sich dagegen, daß dem Publikum seitens der Ärzte immer und immer wieder die Gutartigkeit der Myome gepredigt wird. Dadurch in Sicherheit gewiegt, ist schon manche Frau zu spät wieder zum Arzt gekommen, nachdem ihr Myom schon längst maligne degeneriert war. v. K. teilt sowohl für die sarkomatöse Degeneration als für die Kombination mit Karzinom einige Fälle sehr ausführlich mit. Die histologischen Verhältnisse sind auf einigen Tafeln illustriert. — v. K. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: Die Möglichkeit einer sarkomatösen Degeneration des Myoms ist eine bewiesene Tatsache. Das lang dauernde Vorhandensein eines submukösen oder intramuralen Myoms im Korpus uteri verursacht bis zu einem gewissen Grade eine Disposition der Schleimhaut zu karzinomatöser Degeneration. Sowohl die sarkomatöse Degeneration, als die Assoziation mit dem Karzinom bedroht die Kranke hauptsächlich in dem bisher als Sicherheitshafen betrachteteten Klimakterium und in dem darauf folgenden Lebensalter und ist ein Faktor, mit welchem gerechnet werden muß. Am verdächtigsten sind die mit Eintritt der Klimax nach einer Menopause von mehr als einem Jahr neuerlich auftretenden Blutungen und Ausfluß. Der Schaden, welchen das langdauernde Tragen großer Myome dem Organismus verursacht, läßt sich heute in Zahlen noch nicht ausdrücken; die Erfahrung lehrt aber, daß viele Kranke dies gut vertragen und keine größeren Beschwerden haben; sind solche vorhanden, so gleicht sie die Anpassungsfähigkeit des Organismus aus, oder es können diese durch palliative Maßnahmen oft beseitigt werden; die maligne Degeneration, beziehungsweise Kombination ist selten, infolgedessen haben wir keine Ursache, bei jedem Myom prinzipiell die Operation zu fordern. Da die maligne Entartung vor dem 40. Lebensjahre nicht aufzutreten pflegt, da ferner die Erhaltung der Menstruation und der Möglichkeit der Konzeption in diesem Alter noch wichtig ist, soll unser Vorgehen unterhalb dieser Altersgrenze ein möglichst konservatives sein. Die an Myom leidende Kranke, deren Alter der Zeit des Klimakteriums entspricht, oder dieselbe überschritten hat, soll unter ärztlicher Kontrolle gehalten werden. Wenn der Tumor Blutung oder Ausfluß erzeugt, soll mit Finger und Kürette in jedem Fall, eventuell wiederholt eine eingehende intrauterine Untersuchung event. in Narkose ausgeführt werden. Die so entfernten Schleimhautpartikel, sowie die entfernten Polypen oder submukösen Herde sollen in jedem Fall mikroskopisch untersucht werden. Vor einer Röntgenbehandlung muß jeder Verdacht auf Malignität ausgeschlossen werden. Wo die Uterushöhle sehr lang oder gewunden, oder durch verschiedene vorspringende Herde buchtig geworden ist, so daß wir uns weder mit dem Finger noch mit der Kürette über den ganzen Zustand der Schleimhautfläche zu orientieren imstande sind, dort wird es selbst dann mehr ratsam sein zur Operation zu greifen, wenn die mikroskopische Untersuchung für die Gutartigkeit des Tumors spricht. Bei jeder Myomoperation soll ein Assistent den Tumor sofort aufschneiden, denselben genau untersuchen und wenn ein Teil desselben verdächtig erscheint, soll die Totalexstirpation gemacht werden. Haben wir den Tumor für gutartig gehalten und sind bloß bei der Amputation geblieben, und ist durch das Mikroskop später Malignität festgestellt worden, so soll der Stumpf nachträglich von der Scheide aus entfernt werden, was mit der Spaltung der hinteren Wand beginnend leicht und ohne nennenswerte Blutung ausgeführt werden kann. R. Klien-Leipzig.

Aschner, Bernhard, Über die Beziehungen zwischen Hypophysis und Genitale. (Aus der I. Univ.-Frauenklinik in Wien.) (Arch. f. Gyn., 97. Bd., 2. Heft, 1912.)

A. gibt einen kurzen Überblick über die gegenwärtigen Kenntnisse betr. Funktion der Hypophysis und ihrer Beziehungen zu den anderen Drüsen mit innerer Sekretion. Wichtiger sind die Ergebnisse seiner eignen



an Hunden angestellten Experimente. Sie standen im Alter von 4 Wochen bis zu mehreren Jahren, die meisten in den ersten 3 Lebensmonaten. Die Operationen an der Hypophysis wurden stets auf oralem Wege nach Spaltung des weichen Gaumens und Abtragung der drei Schichten des Keilbeins vorgenommen. Entgegen früheren Anschauungen führte die Totalexstirpation der Hypophysis niemals zum Tode. Dagegen zeigten die im jugendlichen Alter operierten Tiere die charakteristische hypophysiprive Wachstumsstörung, gekennzeichnet durch Stehenbleiben des Skelettes auf kindlicher Entwicklungsstufe, Fettansatz und Infantilismus der meisten inneren Organe. Speziell am weiblichen Genitale zeigte sich nach Exstirpation der Hypophysis in den ersten drei Lebensmonaten ungefähr innerhalb der ersten 6 Wochen post op. eine starke Abnahme der interstitiellen Drüse fast bis zum Schwund derselben; am Ende des zweiten Monats trat jedoch neben dem allgemeinen hypophysipriven Fettansatz eine Zunahme des interstitiellen Fettgewebes im Ovarium ein, fast bis zur Norm; z. T. dürfte dies mit der vermehrten Follikelatresie infolge unvollkommener Reifung der Follikel zusammenhängen; es bilden sich dabei offenbar auch mehr Thekaluteinzellen. Bei den operierten Tieren trat die Reifung der Ureier zu Follikeln 4—6 Monate später als sonst ein. Ähnlich ergeht es dem Uterus, erst deutliches Zurückbleiben in der Entwicklung, die aber nach einigen Monaten teilweise nachgeholt wird. Eine Gravidität fand bei den operierten Tieren niemals statt, auch der Geschlechtstrieb war ein minimaler, die Brunst rudimentär. — Wurde die Hypophysis bei erwachsenen Tieren entfernt, waren die Folgeerscheinungen viel geringer: nur leichte Degenerationserscheinungen an den Ovarialfollikeln und vorübergehende Abnahme des Fettes der interstitiellen Eierstocksdrüse, am Uterus kaum irgendwelche Veränderungen. Die Brunst war jedoch deutlich abgeschwächt, und es kam auch nie zu einer Gravidität. Ebenso wurde eine bestehende durch die Hypophysenexstirpation unterbrochen. Wenn andere Autoren gerade bei erwachsenen Tieren hochgradige Atrophie der Genitalien nach Hypophysenexstirpation beobachtet haben, so ist A. der Ansicht, daß es sich wahrscheinlich nicht um eine exakte Exstirpation der Hypophysis gehandelt hat, sondern daß die benachbarten Hirnpartien (Hirnstiel, dritter Ventrikel) mit verletzt worden sind. Diesbezügliche Beobachtungen hat A. auch gemacht, über die später berichtet werden soll. Den geschilderten analoge Folgeerscheinungen fand A. am männlichen Genitale bei jungen Hunden. — Außerdem ist das ganze Knochensystem des hypophysipriven Hundes weich und zart mit offnen Epiphysenfugen, das Becken bleibt auf kindlicher Stufe stehen. Findet neben der Entfernung der Hypophysis auch die der Keimdrüsen statt, so bleiben die Tiere etwas weniger im Wachstum zurück. — Wird nur der Hinterlappen der Hypophyse entfernt, so treten keinerlei Veränderungen am Genitale ein; auch keine Steigerung des Geschlechtstriebes, wie dies Cushing beobachtet haben will; auch dies dürfte auf eine Hirnläsion zu schieben sein. — Des weiteren geht A. auf den Zusammenhang der verschiedenen Blutdrüsen untereinander und zum Genitale ein. Die wichtigste Rolle scheint dabei der Schilddrüse zuzufallen, und zwar ist deren Wirkung auf das Genitale ganz analog der der Hypophysis. Dystrophische Einflüsse von Zirbeldrüsentumoren seien wahrscheinlich auch der Reizung des Zwischenhirns zuzuschreiben. — Bezüglich der therapeutischen Verwendung von Hypophysisextrakten sei es noch nicht erwiesen, ob die Wirkungen dieser Extrakte der sekretorischen Tätigkeit der Hypophysis de norma entsprechen. — Endlich werden kurz die Experimente v. Cyons mit Reizung der Hirnbasis und die Beziehungen der Hypophysis und des Genitales zum Stoffwechsel (Falta) erwähnt. R. Klien-Leipzig.

Schmitt (Paris), **Vibrationsmassage und Elektro-Jonisation bei Metritis chronica.** (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 159, S. 253/54.)

Durch bimanuelle Vibrationsmassage des Uterus und nachfolgender elektrischer Behandlung (ein Zinkzylinder intrauterin appliziert als positiver, die gewöhnliche breite Elektrode auf dem Bauch als negativer Pol, da-



zwischen der Uterus) mit 20 M. A. von zwanzig Minuten Dauer hat Schmitt 80 % seiner chronischen Metritiden geheilt.

Der Erfolg tritt so schnell ein, daß z. B. Frauen, welche wegen ihres kindskopfgroßen harten Uterus kaum gehen konnten, leicht beschwingt (d'un pas alerte) das ärztliche Sprechzimmer verließen.

Und da rede keiner von Suggestion! Buttersack-Trier.

Psychiatrie und Neurologie.

Atzler, E. und Wilke, E., Experimentelle Beiträge zum Problem der Reizleitung im Nerven. (Pflügers Arch. f. d. ges. Physiologie, CXIVI. 1912, S. 430.)

1. Es wurde in einem theoretischen Teil neben einer Berechnung die akustische Theorie der Reizleitung im Nerven in mathematische Formen gebracht.

2. Die Abweichungen vom Du Bois-Reymondschen Gesetz wurden durch die Theorie erklärt.

3. Der Einfluß der Temperatur sowohl wie der Einfluß der Narkose lassen sich durch die Änderung der inneren Reibung erklären.

4. In dem experimentellen Teil wurden Studien an Gelatine gemacht und zwar

a) Aufnahme von Aktionsströmen,
b) es wurden Oszillationen an Gelatine wahrgenommen, wenn man den Strom in geeigneter Weise applizierte.

5. Es wurden Studien an zweiphasigen elektrolytischen Ketten gemacht und Polarisationsversuche an der Grenzfläche zweier heterogener Phasen.

6. Es wurden Versuche an überlebenden Froschnerven gemacht und gefunden, daß elektrische Reizung mit sogenannten unpolarisierbaren Elektroden feine Oszillationen im Nerven zur Folge hat.

K. Boas-Straßburg i. E.

Kudisch, Zur Kasuistik früher syphilitischer Großhirnerkrankungen. (Journ. russe des maladies cutonees, 1910, Nr. 6.)

Bei dem 41jährigen Patienten blieb die frisch akquirierte Lues drei Monate hindurch unbehandelt; trotzdem Lichen opth., onychia und paronychia usw., Taubheit, allgemeine Schwäche, Schlaflosigkeit usw. aufgetreten waren. Unter andauernder Hg- und J-Behandlung trat trotz Schwinden der Hauterscheinungen eine Verschlimmerung der nervösen Symptome ein: Verschleierung der Papille, Erweiterung der Venen des Augenhintergrundes, Differenz der Pupillen, Verlangsamung des Pulses, Benommenheit, Temperatursteigerungen, Abweichen des Ganges. nach links bei geschlossenen Augen. Erst eine energische Inunktionskur (2 mal 4 g pro die) brachte ein Zurückgehen der Erscheinungen mit Ausnahme der Pupillendifferenz.

K. Boas-Straßburg i. E.

Lange, Carl (Berlin). **Die Ausflockung kolloidalen Goldes durch Zerebrospinalflüssigkeit bei luetischen Affektionen des Zentralnervensystems.** (Zeitschrift f. Chemotherapie u. verwandte Gebiete, Bd. I, 1912, H. 1.)

Zusammenfassung:

Wenn man die Zerebrospinalflüssigkeit Frühluetischer untersucht, findet man in einer Prozentzahl von Fällen eine Beteiligung des Zentralnervensystems, die bis jetzt stark unterschätzt wurde. Da sich diese Veränderungen zuweilen ohne gleichzeitiges Vorhandensein irgendwelcher klinischer Symptome finden können, so muß darauf gedrungen werden, daß bei jedem, der sich luetisch infiziert hat, im Verlauf der ersten Monate oder Jahre nach Infektion mindestens einmal eine Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit mit allen zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden vorgenommen wird. Kopfschmerzen, Fazialisparesen, Optikus- und Akustikusstörungen geben nur dringende Indikation ab, da diese Affektionen meist gleichzeitig mit einer zentralen Beteiligung bestehen. Es ist genau zu untersuchen, in welchem Prozentverhältnis derartige Affektionen in metasyphilitische Erkrankungen übergehen und wie sie durch Quecksilber und Salvarsan beeinflußt werden.



Dies wurde nur als neu die Goldmethode besprochen, die schon jetzt klinisch gut brauchbare Resultate gibt; sie ist unter Umständen geeignet, Klärung zu verschaffen, wo die bis jetzt bekannten Methoden nicht ausreichten. Als chemische Untersuchungsmethode hat sie besonders den Vorzug, daß sie mit minimalen Quanten arbeitet und Gelegenheit zu einer ganzen Reihe neuer Untersuchungsmethoden gibt, deren eine hier näher ausgeführt wurde.

K. Boas-Straßburg i. E.

Bonjeass, Valme clinique de la reaction de Bauer-Stern. Etude comperative avec la réaction de Wassermann. (Klinischer Wert der Bauer-Sternschen Reaktion. Vergleichende Untersuchung mit der Wassermannschen Reaktion. (These de Lyon, 1910.)

1. Die Bauer-Sternsche Reaktion ist ein Verfahren zur Vereinfachung der Wassermannschen Reaktion. Sie beruht auf demselben Prinzip, benutzt dieselben Elemente und entnimmt zwei davon dem zu untersuchenden Serum: den hämolytischen Ambozeptor und das Komplement.

2. Ihr Wert kommt in den Fällen von klinisch sicherer Syphilis dem der Wassermannschen Reaktion gleich:

Verhältnis der positiven Fälle: 92 %.

In den Fällen von Gicht-Syphilis muß sie mit der Wassermannschen Reaktion auf eine Stufe gestellt werden.

Ihre Empfindlichkeit ist geringer in den Fällen von zweifelhafter und latenter Syphilis: in 65 Fällen war die Bauer-Sternsche Reaktion 12 mal negativ, während die Wassermannsche Reaktion positiv ausfiel.

3. Die Bauer-Sternsche Reaktion ist seitens des praktischen Arztes leicht auszuführen. Sie liefert sehr selten zweifelhafte Resultate.

4. Dagegen enthält sie zwei unbekannte Größen, da das Komplement und der Ambozeptor nicht titriert sind und im Serum fehlen können.

Die Hämolysine fehlen in 3 % der Fälle.

Das Komplement verschwindet nach 48 Stunden aus dem Serum, daher wird man frisches Serum zur Untersuchung benützen müssen.

5. Die Bauer-Sternsche Reaktion ist mit dem Liquor cerebrospinalis und dem Urin nicht anstellbar, weil in diesen Se-resp Exkreten kein Komplement vorhanden ist.

6. Alles in allem kann die Bauer-Sternsche Reaktion in der Praxis trotz ihrer Nachteile mit Vorteil angewandt werden, wie die vergleichenden Untersuchungen ergeben haben.

Wenn das Resultat positiv ist, muß man den Schluß auf Syphilis mit demselben Vorbehalt machen wie es die Deutung des Befundes bei der Wassermannschen Reaktion erheischt.

Wenn das Resultat negativ ist, so kann man mit großer Wahrscheinlichkeit sagen daß das untersuchte Serum nicht von einem Syphilitischen herrührt. Trotzdem hat man nicht das Recht eine luetische Infektion mit Sicherheit auszuschließen. Es steht übrigens genau so mit der Wassermannschen Reaktion.

Wenn die Hämolyse nicht eintritt, so kann man in die Reagensgläser Meerschweinchenserum geben. Wenn dann die roten Blutkörperchen nach Ablauf von einer halben Stunde nicht zerstört sind, muß man die Wassermannsche Reaktion ausführen. K. Boas-Straßburg i. E.

Slépian, Fixationsamnesie, ihre semiologische Bedeutung und psychologischen Konsequenzen. (Thèse de Paris 1911.)

1. Die Fixationsamnesie beruht auf zwei Arten von Ursachen: entweder werden die Eindrücke nicht wahrgenommen, oder sie werden zwar wahrgenommen, aber von dem Individuum nicht festgehalten.

2. Damit nun diese Eindrücke, die wir von außen her empfangen, zum Bewußtsein kommen und wir sie als Andenken bewahren können, ist es augenscheinlich notwendig, daß wir diese Eindrücke empfinden.

3. Um die Erscheinungen, die uns angehen, zu bewerten, bedienen wir uns unserer Sinneswerkzeuge. Wenn einer unserer Sinne gestört ist, so resul-



tiert je nachdem eine Amnesie auf dem Gebiete des Sehens, Hörens, Riechens, Schmeckens oder Berührens.

4. Um unsere Eindrücke als Andenken zu bewahren, müssen wir dieselben erfassen, sie assoziieren, synthetisieren, um daraus ein einheitliches Bild zu verarbeiten und sie zu assimilieren, endlich sie dem individuellen Bewußtsein anpassen.

5. Bei mangelnder Aufmerksamkeit können wir die Erscheinungen der Außenwelt nicht bewerten.

6. Ein Individuum, das sich in einem stupurösen Zustand mit Fehlen von geistiger Tätigkeit befindet, ist nicht imstande, die Sinneseindrücke der Außenwelt festzuhalten.

7. Wenn endlich sich der Patient infolge einer organischen Veränderung der Nervenzelle in einem Zustande von Demna befindet, so sehen wir, daß die geistigen Bilder total verschwinden und daß der Kranke nicht imstande ist neue Eindrücke festzuhalten.

8. Man kann die verschiedenen Krankheiten, die durch Fixationsamnesie charakterisiert sind, in drei Kategorien zerlegen: Fixationsamnesie bei Erkrankungen auf traumatischer, toxischer und organischer Basis.

9. Die traumatische Amnesie ist eine Amnesie mit brüskem Beginn. Der physische Shock spielt dabei nur eine nebensächliche Rolle, die Hauptrolle, mitunter sogar die einzige kommt der moralischen Reaktion zu, die das Trauma begleitet. Es scheint als ob die Eindrücke aus ihrem natürlichen Rahmen herausgetreten und in eine Traumalandschaft projiziert seien. Daraus resultiert für den Kranken ein Problem, das er zu lösen bestrebt ist. Durch dieses Grübeln in Anspruch genommen, wird er unaufmerksam gegenüber allen Vorgängen, die sich um ihn her abspielen. Die größeren Eindrücke ziehen vorüber, ohne daß sie wahrgenommen werden, werden nicht vom Bewußtsein ergriffen. Daher die Unmöglichkeit, sie festzuhalten.

10. In den toxischen Affektionen (Korsakoffscher Symptomenkomplex) können die jüngsten Wahrnehmungen fast augenblicklich aus dem Gedächtnis entschwinden.

Man macht die Beobachtung, daß, wenn der Kranke sich absolut nicht an das erinnern kann, was soeben passiert ist, die Spur dieses Faktums trotzdem erhalten bleibt, da sie einige Zeit hernach im Bewußtsein wieder auftaucht. Wir machen die Beobachtung, daß diese ganze Serie von Spuren der Erinnerungen auftraten, Erlebtes bei dem Kranken weiterhin im Unterbewußtsein existiert und fernerhin eine Rolle in der Bestimmung seiner Ideen und seiner Handlungen spielt.

Neben dem Vergessen aller jüngst erlebten Eindrücke und alles dessen, was sich während der Krankheit begeben hat, bleibt die Erinnerung an längst Erlebtes, was sich vor der Krankheit zugetragen hat, vollständig erhalten.

Worauf beruhen diese Phänomene, wenn nicht auf der Unmöglichkeit, in der sich der Kranke befindet, die Eindrücke zu erfassen, wenn nicht auf der Unfähigkeit, die verschiedenen Empfindungen mit der Masse der früheren Ideen zu verbinden, zu assoziieren, zu synthetisieren, um sie zu einem einheitlichen Bilde zu verarbeiten?

11. Die organischen Amnesien sind Amnesien mit langsamer Entwicklung. Sie gehorchen dem Gesetze der Rückbildung, d. h. die jüngsten Eindrücke verschwinden vor den älteren Geschehnissen. Die Kenntnisse kommen allmählich abhanden, die komplizierten vor den einfachen, die abstrakteren vor den konkreteren. Die Gefühle erlöschen nach den Ideen.

12. Unter den organischen Amnesien gibt es eine spezielle Form, die den toxischen Amnesien ähnelt, die Prosbyophrenie Wernickes. Diese wie jene weist die Fixationsamnesie, die komplette Desorientierung für Ort und Zeit und die Fabulation auf.

13. Es scheint uns, daß ein ausgesprochener Unterschied zwischen beiden polyneuritischen Psychosen Korsakoffs und der Wernicke-



schen Prosbyophrenie besteht und wir wollen versuchen, in einer kleinen schematischen Tabelle einige differentialdiagnostisch wichtige Unterschiede zwischen beiden Erkrankungen anzugeben:

Polyneuritische Psychose Korsakoffs	Presbyophrenie Wernickes
Persönliche Anamnese: — Chronischer Alkoholismus, manchmal reichliche Blutungen oder Infektionskrankheiten. Alter: — Erwachsener. Geschlecht: — Gleichgiltig. Stimmung: — Eher traurig, denn die Kranken haben das Bewußtsein sich in einem beklagenswerten Zustand zu befinden. Die Kranken spucken wenig. Fabulation: — Arm oder fast gar keins. Prognose: — In den akuten Krankheitsfällen Heilung. In den chronischen Krankheitsfällen: Tod durch eine dazukommende Krankheit oder Ausgang in Demenz.	Persönliche Anamnese: — Fehlend. Alter: — Greisenalter. Geschlecht: — Weiblich. Stimmung: — Heiter. Die Kranken sind geschwätzig, gesprächig. Fabulation: — Außerordentlich reichhaltig und sehr phantastisch. Prognose: — Geht stets in Demenz aus oder endigt mit dem Tode durch eine dazukommende Krankheit.

14. Die an Fixationsamnesie leidenden Patienten sind stets zeitlich und örtlich desorientiert und fabulieren gleichzeitig.

15. Die Desorientierung unserer Patienten beruht nicht auf einer diffusen Verschleierung der Intelligenz, sondern auf einer sehr lokalisierten Störung, deren Einfluß sich auf die höhere geistige Tätigkeit geltend macht und sie unfähig macht, ihre Eindrücke festzuhalten.

16. Die Fabulation der an Fixationsamnesie leidenden Kranken ist manchmal derartig reich an Details, derartig phantastisch, namentlich bei den Greisen, daß es wohl den Anschein hat in der Mehrzahl der Fälle, daß sie traumhaften Ursprungs ist.

Das gewöhnliche Kriterium zwischen den reellen Erinnerungen und den imopirären Vorstellungen (Intensität der Erinnerung, die Verkettung mit anderen Erinnerungen, die örtliche und zeitliche Angelpunkte festlegen) ist diesen Kranken verloren gegangen, weil einerseits die prädominierende Einbildung der Tatsachen der Umneblung der kritischen Fähigkeit in Einzelheiten in den Vorstellungen sehr reich ist und andrerseits die wirklichen Erinnerungen aus ihrem Zusammenhange losgelöst und schlecht lokalisiert unklar werden die Intensität abnimmt.

K. Boas-Straßburg i. E.

Holbeck, O., Ueber ungekreuzte (kollaterale) Lähmungen. (St. Petersburger med. Zeitschrift, 1912, Nr. 12.)

Wenn uns einige der Hypothesen zur Erklärung des Auftretens der Kreuzung der zentralen Nervenbahnen bei den Wirbeltieren (Ramon y Cajál, Spitzer) dem Verständnis dieser Einrichtung näher bringen, so kann uns nur bereits das Vorhandensein einer partiellen Kreuzung bei den höheren Wirbeltieren und die Variabilität der Zahl der gekreuzten Fasern zur Erklärung einiger Fälle kollateraler Lähmung dienen. Doch können nicht alle Fälle auf dieselbe Weise gedeutet werden, wie dieses schon die sehr verschiedenen Theorien beweisen.

Die acht Fälle des Verfassers zeigen, daß die sogen. kollateralen Lähmungen auch bei Schußverletzungen beobachtet werden, bisher sind derartige Beobachtungen selten beschrieben worden, auch in diesen Fällen ist das Auftreten der gleichnamigen Lähmung auf verschiedene Weise zu erklären.

K. Boas-Straßburg i. E.



Lang, F., Beitrag zur Lehre der Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten; Psychose nach Erysipel. (Inaug.-Dissert., Kiel 1912.)

Bei einem 37 jährigen Manne, der schon als Kind in geringem Grade geistige Schwäche zeigte und durch Potus belastet war, traten nach Ablauf der Gesichtsrose, die 7 Tage gedauert hatte, psychische Störungen mit folgenden Symptomen auf: Aufgeregtheit, Verwirrtheit, Labilität des Affekts, Halluzinationen, beängstigende Wahnvorstellungen, die ihn zu Selbstmordgedanken und zu Angriffen auf andere Patienten trieben. Die Symptome gingen nur langsam zurück und waren nach 6 Monaten noch nicht vollkommen verschwunden. Der ätiologische Zusammenhang zwischen der Amentia und dem Erysipel ist über jeden Zweifel erhaben.

K. Boas-Straßburg i. E.

Kamber, Sophie, Ueber intrakranielles Teratom. (Inaug.-Dissert. Berlin 1912.)

Nach einem Überblick über den gegenwärtigen Stand der Lehre von den Teratomen berichtet Verfasser über einen Fall, der klinisch unter dem Bilde einer Hirngeschwulst verlaufen, operiert und ad exitum gekommen war. Bei der Sektion erwies sich die Geschwulst als dem Mittelhirn angehörig. Sie hatte sich in Form einer Birne in der Substanz der Haube entwickelt und hatte sein weiteres Wachstum so genommen, daß er einerseits in den III. Ventrikel von hinten her bis an die Commissura mollis vorgedrungen war, die er dabei von rechts nach links auseinander zerrte und von hinten nach vorne abplattete, daß er ferner andrerseits nach hinten hin aus der Substanz des Zwischenhirns gegen das Velum medullare herausdrängte und hier zwischen den gespreizten Bindearmen des Kleinhirns sich in die Lingula einbauschte. Es hatte also die Geschwulst die Form einer Birne, deren Kuppe nach vorn und unten, deren spitzer Pol nach hinten oben gelagert war. Durch die Verlegung des Aquaeductus Sylvii, die nicht mehr nachweisbar war, war ein Hydrozephalus mit seinen gewöhnlichen Folgen entstanden: Aufweitung der Seitenventrikel und des III. Ventrikels, blasige Vorwölbung des Bodens des III. Ventrikels, Abplattung des Balkens und der Fornix. Die Epiphyse war außer Konnex mit der Geschwulstbildung. Sie war wie das Splenium, die hintere Kommissur und die Rabenulae vollkommen abgeplattet. Sie mußte an der Geschwulstformation schon aus dem einfachen Grunde unbeteiligt sein, weil der Tumor allerwärts von der Substanz des Mittelhirns umkapselt war.

Ihrer mikroskopischen Beschaffenheit nach mußte die Geschwulst unter die soliden („embryonalen") Teratome einrangiert werden.

Der Tumor enthielt einerseits ausgesprochen ektodermale Bildungen, Inseln von Epidermisepithel mit Riffelzellen und Schichtungskugeln, andererseits drüsenähnliche Schläuche mit hohen pallisadenartigen Epithelien, Becherzellen und Kutikularbildungen, die vollkommen mit entodermalen Epithel übereinstimmten. Das verschieden geformte Stützgewebe des Teratoms repräsentierte den mesodermalen Anteil.

K. Boas-Straßburg i. E.

Onodi jr., L. (Budapest), **Ueber die Beziehungen der Keilbeinhöhle zu den Nervenstämmen des Oculomotorius, Trochlearis, Trigeminus und Abducens.** (Arch. f. Laryngologie und Rhinologie, XVXI., 1912, H. 2.)

Die Resultate der Untersuchungen des Verfassers sind folgende:

1. Die dünne durchscheinende Knochenwand der Keilbeinhöhle berührt direkt in einem 12 mm langen Gebiete den Stamm des Nervus oculomotorius.

2. Die dünne durchscheinende Knochenwand der Keilbeinhöhle berührt direkt in einem kleinen Gebiete den Stamm des Nervus trochlearis.

3. Die dünne durchscheinende Knochenwand der Keilbeinhöhle berührte direkt den Stamm des ersten Astes des Nervus trigeminus in einem Gebiete von 7, 10 (zweimal), 11, 12 und 20 mm Länge.

4. Die dünne durchscheinende Knochenwand der Keilbeinhöhle berührte direkt den Stamm des zweiten Astes des Trigeminus in einem Gebiete von von 6, 10 (zweimal), 13, 17 und 20 mm Länge. In einem Falle war der



Verlauf des zweiten Astes aus der Keilbeinhöhlenwand an einem 2 cm langen Vorsprung in der Höhle zu sehen.

5. Die dünne durchscheinende Knochenwand der Keilbeinhöhle berührte direkt den Stamm des Nervus abducens in einem Gebiete von 7, 10, 11, 12, 13 und 20 mm Länge.

6. In einem Falle berührte direkt die dünne durchscheinende Knochenwand der rechten Keilbeinhöhle die Stämme des Oculomotorius, des Trochlearis, des ersten Trigeminusastes und des Abducens der entgegengesetzten linken Seite.

7. In den anderen Fällen zeigte die Keilbeinhöhle gar keine Nachbarverhältnisse zu den Stämmen des Oculomotorius, Trochlearis, Trigeminus und Abducens.

8. Die dünne durchscheinende Knochenwand der Keilbeinhöhle berührte direkt den Clivus in einer Höhe von 10 (zweimal) und 14 mm und in einer Breite von 8, 10, 17 und 18 mm. Außerdem war die Keilbeinhöhle vom Clivus aus von einem 6, 12 (zweimal) und 16 (dreimal) mm dicken Knochen getrennt.

9. In jenen erwähnten Fällen, wo die Keilbeinhöhle in einem innigen Nachbarverhältnisse stand zu den Stämmen des Oculomotorius, Trochlearis, erstens und zweiten Trigeminusaste und Abducens, ist die anatomische Grundlage gegeben für die Erklärung der durch eine Keilbeinhöhlenerkrankung bedingten partiellen oder totalen Augenmuskellähmungen und Trigeminusneuralgien.

10. In jenem erwähnten Falle, wo die rechte Keilbeinhöhle mit den Stämmen des linken Oculomotorius, Trochlearis, ersten Trigeminusaste und Abducens in einem innigen Nachbarverhältnisse stand, ist die anatomische Grundlage gegeben zur Erklärung der durch eine Keilbeinhöhlenerkrankung bedingten kontralateralen partiellen oder totalen Augenmuskellähmungen und Trigeminusneuralgie. K. Boas-Straßburg i. E.

Léopold-Lévi u. Wilbork (Paris), **Hypophyse et systeme pileux (Hypophyse und Haarsystem).** (Comptes rendus de la Société de Biologie, 1912, Nr. 19.)

Die Verfasser berichten über einen 27 jährigen Menschen, 202 Pfund wiegend und 1,72 m groß. Es bestand bei ihm eine Atrophie der Genitalien, Fehlen jeglicher sexueller Appetenz. Für Hypophysentumor bestanden keine Anhaltspunkte. Die Verfasser rechnen den Fall zum Fröhlich-Lannoisschen Typus. Der Patient hatte keine Bart- und Körperhaare außer den Wimperhaaren und dem Kopfhaar. Nach Einleitung der Organotherapie (Hoden- und Hypophysenextrakt) begannen die Haare an der Achsel, auf der Brust, am Bauch, an den Schenkeln und Beinen zu erscheinen. Eine Bestätigung dieser Tatsache bildet das Tierexperiment, indem nach Hypophysenexstirpation Haarausfall zu beobachten ist.

K. Boas-Straßburg i. E.

Hoffmann, R. (München), **Nase und Basedow-Exophthalmus.** (Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde, I. Jahrgang, 1912 (Neue Folge. XIII. Band, Mai.)

Verfasser kommt auf seinen bereits wiederholt an anderer Stelle (Monatschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie 1910, Nr. 9 und Münch. mediz. Wochenschr. 1910, Nr. 44) erörterten Vorschlag, die Protrusio bubli und die übrigen Basedowsymptome von der Nase her reflektorisch durch galvanokaustische Ätzung der normalen Nasenmukosa zu beeinflussen. Als besonders bemerkenswert hebt Verfasser die reflektorische Beeinflussung der intraorbitalen glatten Muskulatur hervor. Der übrige Teil des Aufsatzes ist polemischer Natur und wendet sich gegen Brückner „Über Nase und Auge in ihren wechselseitigen pathologischen Beziehungen" (Würzburger Abhandlung, Bd. XII, 23). Verfasser bestreitet darin namentlich die von Brückner betonte Möglichkeit, daß in seinen Fällen eine Nebenhöhlenaffektion die Ursache der Exophthalmen gewesen sei.

K. Boas-Straßburg i. E.

Feuillade, Indications de la cure d'isolement. (Gaz. méd. de Paris 1912, Nr. 155, S. 223/24.

Die verschiedenen Auffassungen der Neurasthenie verdienen es, nebeneinander gestellt zu werden; denn jede spiegelt die gerade im physiologischen Denken vorherrschende Idee. Als die Ernährung der wichtigste Lebensvorgang zu sein schien, betrachtete man die Neurasthenie einfach als einen Erschöpfungszustand, bedingt durch Mangel an Brennmaterial; solchen Theorien hingen z. B. Beard und Charcot an. Dann tauchten die Vergiftungen als wichtiges ätiologisches Moment auf: flugs erschien die Neurasthenie als Zerebral-Intoxikation (Teissier), während andere Forscher wieder an die uralte Lehre vom Striktum und Laxum anknüpften und die Neurasthenie unter die atonischen Zustände einreihten (Raymond, Stiller).

Das neuerwachte Interesse an psychologischen Dingen rückte die tatsächlichen und die supponierten somatischen Befunde in die zweite Linie und glaubte, in der Psyche, in falschen Vorstellungen und dergleichen die Wurzel der Krankheit gefunden zu haben, die sich in geometrischen Progressionen auszubreiten scheint (P. Dubois). Den Erfolgen der Psychotherapie ist eine gewisse werbende Kraft für diese Auffassung nicht abzusprechen. Indessen, auch sie wird einmal abgelöst werden von anderen Ideen, und wenn den Medizinern erst einmal die modernen Vorstellungen vom Potential, von elektrischen Spannungsunterschieden, ihrem steten Ausgleich und ihrem steten Wiedererstehen, geläufiger geworden sind, dann werden wir gewiß entsprechende Theorien auftauchen sehen.

Diese Betrachtungen — namentlich der letzte Ausblick — sind zwar in dem Aufsatz von Feuillade etwas anders, bezw. nicht enthalten. Aber sie ergeben sich — gewissermaßen als nachträgliche Vorrede — aus seiner Empfehlung der Isolierkur für Neurastheniker, beinahe von selbst. F. unterscheidet zwei Formen von Neurasthenie: bei der einen stehen die atonischen Zustände mit ihren physikalisch nachweisbaren Störungen im Vordergrunde (Muskelschwäche, verminderter Blutdruck, Magenatonie bezw. -dilatation, Ernährungsstörungen), bei der anderen die psychischen Erscheinungen. Für beide empfiehlt er in gleicher Weise die Isolierung, aber womöglich die absolute, die Klausur, während nur bei leichten Fällen Versetzung in ein anderes Milieu genügt. —

Die Neurasthenie auf die fortgesetzten psychischen und physischen (Licht, Lärm) Erschütterungen des sog. Nervensystems zurückzuführen, ist nicht neu. Aber man kann weitergehen und folgern: wenn diese Auffassung tatsächlich zutrifft, dann muß es in Wirklichkeit weit mehr Neurastheniker geben, als die Statistik angibt. Ich glaube, das ist in der Tat der Fall. Nicht jeder, der gerade keinen Arzt braucht, ist gesund. Neben den Menschen mit totaler Insuffizienz laufen eine enorme Anzahl von solchen herum, die ihr Lebensschiff mit defekten Maschinen mehr oder weniger mühsam durch das Dasein bugsieren. Wer die Neigung hat, seine diagnostische Kunst auch an solchen zu erproben, wird gewiß allenthalben genug Neurastheniker à formes frustes beobachten können, im Straßenbahnwagen, bei Gesellschaften, auf der Eisenbahn, sei es, daß sie durch motorische Unruhe, unsicheren Blick, hastiges Sprechen, schnelles Essen, vorsichtige Ängstlichkeit, oder mangelnde Zentrierfähigkeit und dergleichen sich verraten. In Ny Carlsberg Glyptothek in Kopenhagen ist eine herrliche Statue zu sehen. Sie stellt den Mut dar: ein kräftiger Jüngling, sitzend, das Schwert lose in der Hand, die Augen ruhig und fest in die Weite gerichtet. Die Statue stammt, wenn ich mich recht entsinne, von einem französischen Bildhauer, verkörpert aber vollkommen den Vers der alten Edda:

„Frisch und freudig sei des Freien Sohn und kühn im Kampf.
Mutig muß der Mann sein und heiter bis zum Todestag."

Legt man diesen Vers oder jene Statue als Maßstab an, dann erscheinen gar viele scheinbar Gesunde als krank, und man möchte — konform den Ausführungen von Feuillade — ihnen den Rat geben, sich bei

Zeiten frei zu machen von der Unrast des Lebens, und in friedlicher Stille die elektrische Ladung ihres Gehirns wieder zu ergänzen. Schon Omar-i-Khajjam lehrte: „Besser als aller Umgang ist die Einsamkeit."

Buttersack-Trier.

Kinderheilkunde und Säuglingsernährung.

Hutinel (Paris), **Säuglingstuberkulose** (Prognostic de la tuberculose du nourrisson). (Bullet. med. 1912, Nr. 56, S. 683—686.)

Das prognostische Gesetz für die Tuberkulose bei Säuglingen und Kindern lautet nach dem erfahrenen Kliniker: Je jünger, desto aussichtsloser. Plus it est jeune, moins il triomphe du mal. Kinder unter zwei Jahren sind rettungslos verloren. Dabei braucht es sich gar nicht einmal um schwächliche, kränkliche Kinder zu handeln; auch solche von blühendem Aussehen sind dem Untergang geweiht, wenn sie eine positive Intradermo-Reaktion geben. Die Schwäche der Gewebe im allgemeinen, mangelnde Phagozytose, Durchlässigkeit der Lymphdrüsen und Mischinfektionen bedingen diesen fatalen Verlauf.

Man darf sich bei der Untersuchung der kleinen Patienten nicht auf die Lungen beschränken; zumeist sind mehrere Systeme, Knochen, Leber, Lymphdrüsen, Peritoneum erkrankt.

Von praktischer Bedeutung ist die hohe Wertschätzung, welche Hutinel der Intradermo-Reaktion zuteil werden läßt. Einen positiven Ausfall hält er auch beim gesündesten Kind für beweisend; ein negativer allerdings besagt nichts. Für die theoretische Forschung folgt daraus, weil alle tuberkulös infizierten Säuglinge binnen kurzem zu Grunde gehen, daß die Tuberkulose der Erwachsenen unmöglich auf Infektionen im frühesten Kindesalter zurückgeführt werden kann. Buttersach-Trier.

Armand-Delille, D.-F., (Paris), **Tuberkulose-Morbidität der Kinder** (La morbidité tuberculeuse chez les enfants vivant au contact de parents tuberculeux). (Bulletin médical 1912, Nr. 60, S. 715.)

In der Überzeugung, daß eine rationelle Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit bei den Kindern einsetzen müsse, hat in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts Grancher ein Unternehmen, Oeuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, ins Leben gerufen, welches gesunde Kinder tuberkulöser Eltern anderweitig unter günstigere Verhältnisse zu plazieren strebt. 800 sind bis jetzt untergebracht worden. Davon sind nur 4 und zwar bald nach ihrer Plazierung an Meningitis, Peritonitis tub., Lupus und Halsdrüsentuberkulose gestorben.

Um einen Vergleich zu ermöglichen, wie sich die Dinge gestalten würden ohne Granchers Oeuvre, hat Armand-Delille eine Enquete veranstaltet über 175 Familien, in denen teils beide Eltern (73), teils nur Vater oder Mutter allein an Tuberkulose erkrankt bezw. gestorben waren. Diese 175 Familien hatten 787 Kinder. Von diesen sind 165 bereits an Tuberkulose gestorben, 73 daran erkrankt, 68 sind an anderen Krankheiten gestorben. 323 gesunde sind der häuslichen Infektion entzogen worden, 158 gesunde konnten nicht untergebracht werden. Man sieht also: Granchers Institution hat die Mortalität enorm herabgedrückt, während sie in anderen, sich selbst überlassenen Familien 60 % betrug.

Buttersack-Trier.

van Jessen W., Zur Prognose der spinalen Kinderlähmung. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1912.)

1. Die Mortalität bei der spinalen Kinderlähmung ist nicht so gering, als sie früher angenommen wurde. Sie beträgt durchschnittlich ca. 14 %, doch sind hierbei die abortiven Fälle von Kinderlähmung nicht genügend in Betracht gezogen.
2. In 15—20 % aller Fälle tritt restitutio ad integrum ein.
3. In weiteren 40 % der Fälle tritt eine so weit gehende Besserung ein,



daß die gelähmten Glieder wenigstens einigermaßen wieder funktionstüchtig werden, während in etwa 30—40% ausgesprochene Lähmungserscheinungen zurückblieben, welche eine erhebliche Funktionsstörung bedingen.

4. Die Schwere der Allgemeinerscheinungen und der zurückbleibenden Lähmung steht in keinem Verhältnis.

5. Die elektrische Untersuchung läßt sich im Anfang der Erkrankung nicht einwandsfrei für den späteren Verlauf verwerten.

6. Erwachsene, die von der spinalen Kinderlähmung befallen werden, scheinen sowohl in bezug auf Mortalität, als auch in bezug auf völlige Wieherstellung schlechter gestellt zu sein als Kinder.

K. Boas-Straßburg i. E.

Ohrenkrankheiten.

Mauthner, O. (Wien), **Die Erkrankung des Nervus octavus bei Parotitis epidemica.** (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 87, 1912, S. 223.)

Die das Gehörorgan betreffenden Störungen bei Mumps teilen sich nach der resultierenden Funktion in drei Gruppen:

1. Fälle mit dauernder Aufhebung der Funktion (Taubheit oder Taubheit mit statischer Unerregbarkeit).
2. Hochgradige Störungen:
   a) mit vorübergehender Aufhebung der Funktion;
   b) mit vorübergehender schwerer Schädigung der Funktion.
3. Geringfügige Störungen (meist durch die kontinuierliche Reihe und die exakte Vestibularisprüfung sicher nachweisbar).

Die klinischen Zeichen aller drei Gruppen nähern sich am meisten dem Bilde der akuten toxischen und infektiösen Neuritis des Nervus octavus. Die geringgradigen Störungen (Gruppe 3), welche hier zum ersten Male beschrieben erscheinen, sind geeignet, den Rahmen des klinischen Bildes einigermaßen zu erweitern und analoge Störungen bei anderen akuten Schädigungen vermuten zu lassen. K. Boas-Straßburg i. E.

Blegvad, N. Sh., Trommelfellanaesthesie. (Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 28.)

Verfasser benützt zu der behufs Anästhesierung des Trommelfells notwendigen Zerstörung des Trommelfellepithels die Salizylsäure. Er ordiniert: Cocain. hydrochlor., Acid. salicyl. ää 1,0, Spirit. concentr. 2,0, Sol. Adrenalin (1‰) gtt XX. Ein ganz kleiner Wattetampon wird mit der Lösung imbibiert an die Parazentesestelle geschoben (bei fehlender Perforation noch 10 Tropfen der Lösung nachgeträufelt, und das Ohr mit Watte verschlossen), nach 20 Minuten wird vorsichtig die Schmerzhaftigkeit geprüft, und event. nochmals 10 Minuten ein neuer Tampon eingeführt. Bei guter Nadel und guter Technik ist der Eingriff dann so gut wie schmerzlos.

M. Kaufmann-Mannheim.

Augenkrankheiten.

Greven, Dr. Paul (Aachen), **Ein Fall von Glaucoma simplex, erfolgreich behandelt nach von Arlt mit Pilocarpin und Dionin.** (Wochenschr. f. Therpie u. Hygiene d. Auges, 1912, Nr. 40.)

Die Mitteilung bestätigt den Nutzen der von Arlt vorgeschlagenen kombinierten Pilocarpin-Dionin-Behandlung des Glaukoms.

Der fragliche Fall betrifft eine 68 jährige Patientin, die angibt, seit 9 Wochen auf dem rechten Augen wie durch Nebel zu sehen, manchmal auch leichten Schmerz im Auge und in der rechten Kopfhälfte zu haben. Bis jetzt nur mit Umschlägen behandelt. Die Untersuchung vom 15. April 1912 ergibt: rechtes Auge: Tension bedeutend erhöht + 3. Augenhintergrund nur verschleiert sichtbar. S. rechts = 2/30; mit Gläsern keine

Besserung. Das linke Auge zeigt normalen Befund, ist indessen auch amblyopisch.

Sofort aufeinanderfolgende Anwendung von Pilocarpin mur. pulv. Merck und Dionin pulv. Am 18. April war die Tension des rechten Auges fast normal, die Pupille eng, S. = 5/30 bis 5/25. Wiederholte Anwendung von gepulvertem Pilocarpin und Dionin, zu Hause Einträufelung von 1 proz. Pilocarpinlösung 2 mal täglich.

Fortschreitende Besserung. Befund am 14. Juni:

R + 2,0 D. S. = 5/8 + 4,0 D. in der Nähe 0,25/0,50.

L + 1,5 D. S. = 5/8 + 4,0 D. in der Nähe 0,25/0,40.

Gesichtsfeld rechts: medialwärts 45°, oben 45°, lateralwärts 50°, unten 40°.

Die Besserung des Zustandes dauert an. Neumann.

Hautkrankheiten und Syphilis. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Bouchut, L., u. **Dujol** (Lyon), **Syphilis et dilatations bronchiques.** (Revue de Medecine 1912, XXXII. Jahrg., Nr. 8, S. 585—599.)

„Du siehst mit diesem Trank im Leibe
Bald Helenen in jedem Weibe",

und der Kollektiv-Wahn von der Allgewalt der Syphilis läßt manche Forscher in jeder Krankheit ein Produkt der Lues sehen. Wenn schon die Erweiterung der Aorta auf dieser Infektion beruht, warum sollen es nicht auch die Erweiterungen des Bronchialbaums tun? Diese Frage legte sich Tripier vor, und bald fand sich eine bejahende Antwort in dem histologischen Verhalten der Alveolarwände, in den eigenartigen kubischen Epithelzellen, in der gelegentlichen Kooexistenz mit Gummata oder Aneurysmen, Tabes, Perihepatitis (foie ficelé), in positivem Wassermann, und in der Anamnese. Zwar ist nicht zu leugnen, daß die histologische Stütze des Gedankengangs insofern nicht zuverlässig ist, als sie sich auch bei anderen Affektionen findet, und die Bewertung der übrigen kann jedem einzelnen überlassen bleiben. Immerhin liegt die Konzeption an sich im Zuge der Zeit, und so avancierte sie schnell zum Range einer Wahrheit.

Die beiden Assistenten benützten denn auch gern einen Patienten, der an Hämoptysis gestorben war, um die Theorien ihres Meisters daran zu erhärten. Buttersack-Trier.

Schilling, A., v. Krogh, M., Schrauth, W., und **Schoeller, W.** (Berlin), **Die Wirkung syonischer Quecksilberverbindungen bei Spirochäteninfektionen** (I. Mitteilung). (Zeitschr. f. Chemotherapie I 1912, H. 1.)

Das Studium der Wirkung organischer Quecksilberverbindungen bei der Rekurrenzinfektion der Mäuse ist besonders dadurch erschwert, daß sowohl die Infektion als auch das Medikament den Darm der Versuchstiere angreifen und sich in dieser darmschädigenden Wirkung steigern. Aus zahlreichen Gruppen merkurierter organischer Verbindungen wurden nun einige Vertreter der merkurierten Phenole als relativ wirksam befunden. Bei ihnen allen war das Quecksilber nur mit einer Valenz an den Benzolkern gebunden.

Es ist wahrscheinlich, daß diese Quecksilberverbindungen auf die spezifische Antikörperbildung im Organismus einen befördernden Einfluß ausüben.

Im Gegensatz hierzu konnten die Verfasser beim Salvarsan eine analoge Wirkung nicht beststellen, in dem dies stark parasitotrope Präparat alle ihm zugänglichen Spirochäten abtötet, gleichzeitig aber so stark zu zerstören scheint, daß die antigenen Eigenschaften verloren gehen.

K. Boas-Straßburg i. E.

Mc. Intosh, F. und **Tildes, P.** (London), **Eine Untersuchung über den Wert gewisser Antingene bei der Anstellung der Wassermannschen Reaktion mit besonderer Berücksichtigung des neuen Sachsschen Antigens.** (Zeitschrift f. Chemotherapie, 1912, Bd. I, H. 1.)

Ein Antigen, das durch Verbindung eines alkoholischen Antigens vom Herzen in der nähergeschilderten Weise mit Cholesterin kombiniert wird, stellt einen großen Vorteil dar gegenüber dem einfachen Antigen allein und dem syphilitischen Leber- oder Lecithin-Cholesterinantigen bei Anstellung der Wassermannschen Reaktion. Das genannte Verfahren erfüllt alle Bedingungen eines Standardantigens. K. Boas-Straßburg i. E.

Goronzek, L. (Königsberg i. P.), **Ueber Tätowierungen bei Soldaten.** (Inaug.-Dissert. Königsberg 1912.)

1. Tätowierungen sind bei Soldaten selten (7 %), sie finden sich bei Bestraften nicht so häufig wie bei Unbestraften (2,9 % bestrafte Tätowierte).

2. Tätowierungen werden vor der Dienstzeit gemacht, zum Teil in früher Jugendzeit, während der Dienstzeit sehr selten.

3. Man findet die gleiche Art von Bildern und Zeichnungen bei Bestraften und Unbestraften, körperlich und geistig gesunden, wie geistig minderwertigen und geistig kranken Leuten.

4. Die Bilder werden willkürlich ausgewählt und lassen infolgedessen keinen Schluß zu auf Beruf, Charakter, Neigungen, Kriminalität.

5. Tätowieren ist in der Kindheit Nachahmungstrieb und Spielerei, später Modesache und Zeichen der Langweile, es dient vielfach dem Gelderwerb.

6. Tätowierungen können nicht zu den sogenannten Degenerationszeichen gerechnet werden. K. Boas-Straßburg i. E.

Röntgenologie und physikalisch-diätetische Heilmethoden.

Marie, A. u. **Nachmann, Einfluß des Höhenklimas auf epileptische Anfälle.** (Soc. de Biologie 6. Juli 1912. — Bull. méd. 1912, Nr. 65, S. 757.)

Ein junger Mann vor 27 Jahren, erblich belastet, leidet seit seiner frühesten Jugend an epileptischen Anfällen bezw. Äquivalenten. Sie häuften sich allmählich so, daß bis zu 4 Anfällen täglich auftraten, dagegen verringerten sie sich, sobald er Paris (60 m) verließ und nach Lausanne (475 m) reiste. Je höher er stieg — Salvan (900 m), Finhaut (1230 m), — um so seltener wurden sie und hörten schließlich in 1500 m bezw. 2050 m Höhe gänzlich auf, obwohl er dort oben weniger Brom nahm als in Paris. So war er schließlich 20 Tage hindurch ganz frei und erholte sich sichtlich. Aber mit dem Abstieg trat wieder die Pulsbeschleunigung und die Vergrößerung seiner Amplitude auf, und als er in Paris ankam, war sein Zustand wie zuvor.

Eine kurze Reise nach Lausanne im nächsten Jahr brachte wieder eine Besserung entsprechend der erreichten Höhe. Buttersack-Trier.

Ambland L.-A. (Paris), **Thermotherapie bei Fettsucht.** (Gazette méd. de Paris 1912, Nr. 158, S. 246/48.)

Bei Fettsüchtigen mit intaktem Herzen (und auch sonst noch einigen anderen intakten inneren Organen, Ref.) empfiehlt Ambland die Behandlung mit heißen Prozeduren und zwar vornehmlich mit trockener Hitze, mit Heißluftbädern. Nur muß man darauf achten, daß nicht der Patient selbst durch sein Schwitzen aus dem trockenen Heißluftbad ein Dampfbad macht. Buttersack-Trier.

Cyriax, Rich., Tiefe Bauchmassage zur Bandwurmdiagnose. (New York med. Journ. 1912, Nr. 18.

Wenn sich der Verdacht auf Taenien erhebt, ohne daß im Stuhl Pro-



glottiden zu finden sind, rät Cyriax zu energischem Massieren des Dickdarms. Auf diese Weise wird einesteils die Peristaltik angeregt, andererseits werden die einzelnen Bandwurmglieder auseinandergerissen und dadurch leichter zum Vorschein gebracht.

Es genüge 3 oder 4 malige Pétrissage; aber schmerzhaft dürfe sie nicht sein. Buttersack-Trier.

Miramond de Laroquette (Algier), **Die Bedeutung des künstlichen und natürlichen Lichtbades** (Actions de bains de lumière naturelle et artificielle). **(Proger méd. 1912. Nr. 32, S. 396.)**

Wir lachen über den ungläubigen Thomas, der da nicht glauben wollte, was er nicht sehen oder betasten könne (Evangel. Johannes XX,25); indessen, wir verhalten uns in vielen Dingen just ebenso. So leben wir dauernd in einem Meer von strahlender Energie, aber wir glauben nur an jene Formen, die wir als Licht sehen oder als Wärme fühlen können. Und während mysteriöse Arzneimittel geradezu Siegeszüge durch das Gebiet menschlicher Leichtgläubigkeit ausführen, stehen sogar die Licht- und Wärmestrahlen vielfach noch als Aschenbrödel der Therapie bei Seite. Mit nicht-ermüdender Energie macht Miramond de Laroquette aufmerksam auf die wundervollen Erfolge, welche namentlich mit Wärmestrahlen zu erzielen sind. Er betont, daß die strahlende Energie um so besser wirke, je tiefer sie in die Gewebe eindringe, und hat die ganz richtige Vorstellung, daß sie vom Protoplasma absorbiert, assimiliert und allen Organen zugeführt werde. Auf diese Weise erklärt es sich, warum sie äußerlich verschiedene Arten von Störungen günstig beeinflußt.

Miramond de Laroquette hat selbst einen sehr handlichen Radiateur photothermique (Reiniger, Gebbert und Schall) konstruiert. Ich möchte ihn so wenig missen, als die Mininlampe. Beide haben mir bei scheinbar heterogenen Erkrankungen ausgezeichnete Dienste geleistet und manchen Kollegen und Patienten für die Licht-Wärmestrahlen-Therapie gewonnen. Buttersack-Trier.

Lazarus, P. (Berlin), **Kritisches zur Radiumtherapie.** (Berliner klin. Woch. 1912, Nr. 25 u. Med. Klinik 1912, Nr. 28.)

Es sind jetzt 100 Jahre her, daß Bichat die Werke von Desault herausgegeben hat. In der Vorrede zum III. Bande schrieb er: „Combien de moyens obtiennent la vogue en médecine, quand ils offrent un appât à la crédulité, un instrument à la cupidité, un abri à l'ignorance!" und wenn der geniale Mann heute zu uns herniederstiege, würde er im Hinblick auf die mancherlei Therapien des XIX. Jahrhunderts sich kaum bewogen finden, etwas an diesem Satze zu ändern.

Auch an unseren Therapien kann man die Richtigkeit des Balzacschen Aperçus erproben: „Une idée commence par paraître obscure, puis elle semble divine à quelques-uns, bientôt le monde y trouve tout, deux siècles après les peuples se font tuer pour elle"; man könnte hinzufügen: und schließlich fallen sie der Vergessenheit anheim. Die Elektrotherapie z. B. ist schon weit von ihrem Gipfelpunkt entfernt, es gibt sogar Leute, die sie zu drei Viertel für entbehrlich halten; das Tuberkulin ist in dem Stadium, wo sich zwar nicht die Völker, aber die Gelehrten seinetwegen bekämpfen; das Salvarsan steht zurzeit noch auf seinem Zenit, während auf die Radiumtherapie etwa jene Phase zutrifft: elle semble divine à quelques-uns.

Anderen freilich will es nicht so scheinen. So erhebt sich Lazarus und bekämpft in scharfer Kritik die dermalen verbreiteten Vorstellungen über die physikalischen, experimentellen, biologischen, biochemischen Grundlagen der klinischen Resultate der Radiumtherapie. Offenbar ergeht es dem Radium dabei ebenso wie vielen Künstlern: zuerst werden sie unter-, dann überschätzt und erst im Lauf der Jahrzehnte in ihrer richtigen Bedeutung eingeschätzt. Buttersack-Berlin.

Allgemeines.

de Montet (Vevey), L'état actuel de la psychoanalyse de Freud. (Archives de Neurologie 1912. — Revue méd. de la Suisse Romande 1912, Nr. 8, S. 590—603.)

„Man spricht vergebens viel, um zu versagen;
Der andere hört von allem nur das Nein."

Diese Worte des Thoas passen auf eine Diskussion der Freudschen Psychoanalyse in der Société Suisse de Neurologie (7. Versammlung in Lausanne, 4.—5. Mai 1912). de Montet als Berichterstatter, Schnyder (Bern), von Monakow, Ladame (Genf), Claparède (Genf), Bing, Leclère (Freiburg), P. Dubois betonten zwar alle, wie geistreich Freuds Ideen seien, und insbesondere Dubois bezeichnete den Versuch, psychopathische Zustände psychisch zu erklären und nicht bloß den anatomisch-physiologischen Weg einzuschlagen, als ein sehr großes Verdienst, die Bewertung der sexuellen Emotionen als eine kleinere, aber immerhin beachtenswerte Leistung. Allein durch die verschiedenen Auslassungen klang doch ein ablehnender Zug hindurch. Die Betonung des sexuellen Moments sei einseitig, die Methode, die gleichzeitig analytisch und therapeutisch sein soll, in der Hand nichtgeschickter Persönlichkeiten (Psychiater eingeschlossen) wirkungslos, mitunter sogar gefährlich, und die erzieherische Beeinflussung des ganzen Menschen, der Gesamt-Mentalité wichtiger als das Abreagieren einzelner, zurückgedrängter psychischer Traumen. Nur Veraguth trat mit einiger Wärme für den Wiener Gelehrten ein.

Für uns Nicht-Spezialisten geht aus den interessanten Verhandlungen hervor, daß, wenn schon die gewöhnliche Medizin eine Kunst ist, daß die Behandlung psychischer Entgleisung noch viel mehr Kunst erfordert. Mit Formeln, Systemen und §§§ ist da nicht viel zu machen. Aus Lehrbüchern und gelehrten Studien wird man eben so wenig Psychiater als Bildhauer oder Dichter. „Wenn ihr's nicht fühlt, ihr werdet's nicht erjagen; doch werdet ihr nie Herz zu Herzen schaffen, wenn es euch nicht von Herzen geht." Buttersack-Trier.

Bossuet als Naturforscher. (Progr. méd. 1912, Nr. 32, S. 396/98.)

Historisch interessierte Gemüter seien darauf aufmerksam gemacht, daß nach den Studien von Prof. Le Double in Tours ein großer Teil der Schrift von Bossuet: De la cormaissance de Dieu et de soi-même der Anatomie und Physiologie gewidmet ist. — Auch Rabelais hat sich in ähnlicher Weise betätigt. Buttersack-Trier.

Kanngießer, F. (Braunfels a. L.), **Zur Pathographie des römischen Kaisers Avitus Varius Heliogabal.** (Österreich. Ärzte-Ztg., 1912, Nr. 8.)

Mit der vorstehenden „Pathographie" kann sich Referent nicht einverstanden erklären. Verfasser versucht eine „Psychoanalyse" Heliogabals zu geben, die aber nur auf eine Aneinanderreihung von historischen Schilderungen aus der Feder von Zeitgenossen hinausläuft, ohne daß Verfasser irgendwie tiefer in die Psyche des römischen Cäsaren einzudringen versucht. Auf Grund dieser zum mindesten einseitig gefärbten Berichte versucht Verfasser zu einem Urteil über den Geisteszustand zu gelangen. „In welche Kategorie der psychischen Abnormitäten resp. Seelenstörungen das Verhalten des Avitus einzureihen ist, ist schwer zu entscheiden." Verfasser lehnt die Annahme einer Moral insanity und Dementia präcox ab, hält Heliogabal ebensowenig für einen einfachen dégénére oder dégénere supérieur, sondern konstatiert bei ihm nur eine passive Homosexualität. Vom psychiatrischen Standpunkt läßt sich mancherlei gegen diese Deutung einwenden. Referent möchte aus den Schilderungen der römischen Zeitgenossen das eine herauslesen, daß Heliogabal Transvestit und daneben pseudohomosexuell veranlagt war. Zu der Annahme einer Geisteskrankheit liegt ohne weiteres gar kein Grund vor. Aber so befangen wie Pathographen nun einmal bei der Arbeit sind, denken sie gleich an irgend eine psychische



Abnormität. Referent muß daher die Arbeit des Verfassers zu seinem Bedauern ablehnen und kann nicht genug davor warnen, historisch weit zurückliegende Persönlichkeiten zum Gegenstande von Pathographien zu machen. Der exakten Geschichtswissenschaft ist damit ebenso wenig gedient wie der Psychiatrie. K. Boas-Straßburg i. E.

Berelo (Insterburg). **Die Strafe als Arzt.** (Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik, XLVII, 1912, p. 313.)

Verfasser teilt folgende interessante Beobachtung mit:

Eine Mutter, die durch systematische Mißhandlungen ihr voreheliches Kind getötet hatte, erkrankte während der Untersuchungshaft an melancholischer Depression, die sie auch noch zur Zeit der Gerichtsverhandlung darbot. Diese war in der Hauptsache wohl auf die Furcht vor der Todesstrafe zurückzuführen. In demselben Augenblick, in dem die Verurteilte die Gewißheit hatte, daß ihre Straftat mit einer zeitigen Freiheitsstrafe abgegolten war, wich die Psychose allmählich wieder.

Ein ganz ähnlicher Fall hat sich übrigens bei der letzten Schwurgerichtstagung in Straßburg zugetragen. Bei derartigen Fällen wäre besser die Bezeichnung „Pseudomelancholie" angebracht (Ref.).

K. Boas-Straßburg i. E.

Volks- und Vollbadeanstalten. Der von dem Badeinspektor Nuß, Essen, auf der diesjährigen Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaaft für Volksbäder (Geschäftsstelle: Berlin W., Kurfürstenstraße 81 II) in Königsberg gehaltene Vortrag über ein Normalprojekt zur Verminderung der Anlagekosten von Volks- und Vollbadeanstalten ist in dem soeben erschienenen 2. Heft des VI. Bandes der Veröffentlichungen der genannten Gesellschaft enthalten. Die für die Errichtung von Badeanstalten geforderten Mittel erreichen oft eine solche Höhe, daß die Gemeinden, um sich nicht über Gebühr finanziell zu belasten, lieber auf die Ausführung verzichten. Das durch Zeichnungen erläuterte Projekt bezweckt in erster Linie, eine Verminderung der Anlagekosten herbeizuführen und trotzdem allen Bedürfnissen Rechnung zu tragen. — Ein lehrreiches Beispiel, daß sich auch kleinere Städte eine Badeanstalt mit geringen Anlage- und Unterhaltungskosten leisten können, gibt Bürgermeister Twistel in Mewe in der Abhandlung Volksbad und Schulbad für kleinere Städte und das flache Land. — Über den Nutzen und die Verbreitung des Badens äußert sich Prof. Dr. J. Schreiber, Königsberg. Die Förderung des öffentlichen Badewesens in mittleren und kleineren Städten sowie auf dem flachen Lande behandeln Regierungsrat Fiebelkorn, Königsberg, und Medizinalrat Dr. Schaefer, Gumbinnen. — Das Heft enthält ferner den Bericht des Magistrats-Baurat Matzdorff, Berlin, über die Ergebnisse des Preisausschreibens zur Erlangung von zweckmäßigen und preiswerten Handtüchern aus Papierstoff.

Medikamentöse Therapie.

Lube, F., Die praktische Verwertbarkeit des Adalins als Schlafmittel und Beruhigungsmittel. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1912.)

1. Das Adalin wirkt in einer Dosis von 1 g als gutes Schlafmittel. Nur bei ganz schweren Fällen von Schlaflosigkeit scheint es zu versagen.

2. Eine Gewöhnung an das Adalin als Schlafmittel scheint nach 2—3 Wochen einzutreten. Jedoch hat das Mittel, wenn es dann nur wenige Tage mit einem anderen vertauscht war, dann wieder in der anfänglichen Dosis eine prompte gute Wirkung.

3. Mit Gaben von 1 g Adalin ist im wesentlichen derselbe Erfolg zu erzielen wie mit 0,5 Veronal.

4. Bei Schlaflosigkeit, die mit Schmerzen einhergeht, ist eine Kombination von Adalin mit Phenacetin empfehlenswert.

5. Als Beruhigungsmittel wirkt Adalin nur bei leichteren Verstim-



mungs- und Erregungszuständen. Bei Zuständen, die mit schwerer Angst oder mit großer Erregung und motorischer Unruhe einhergehen, konnte ein Erfolg nicht erzielt werden.

6. Bei Chorea und Epilepsie scheint das Adalin keine besondere Wirkung zu haben.

7. Das Adalin wird ohne jede unangenehme Nebenerscheinung oder Nachwirkung in einer Dosis bis zu 2 g vertragen und ist schon deshalb eine wesentliche Bereicherung unseres Arzneischatzes.

8. Der Preis des Adalins ist im Verhältnis zu den übrigen Schlafmitteln ein ziemlich hoher. K. Boas-Straßburg i. E.

Marchetti, Dr. Luigi. **Fibrolysin bei Urethralstenose.** (Rivista Medica, April 1912.)

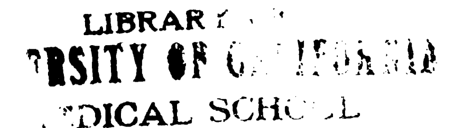
27 jähriger Patient, der im Alter von 7 Jahren beim Spiel auf eine eiserne Stange gefallen war, vermochte seitdem nicht mehr auf dem gewöhnlichen Wege zu urinieren. Nach einer vor 3 Jahren vorgenommenen Urethraplastik blieb an der Stelle, an der früher die Fistel bestand, eine narbige Striktur zurück, die allen Dilatationsversuchen trotzte. Bereits nach der 1. Fibrolysin-Injektion gelang die Sondierung leichter. Patient bemerkte, daß das Urinieren weniger beschwerlich war. Da die nach 10 Injektionen erzielte Besserung nicht andauerte, wurde eine 2. Kur von 20 Injektionen vorgenommen mit dem Erfolge, daß der Betreffende sich nunmehr seit 3 Jahren ausgezeichneter Gesundheit erfreut und von allen Beschwerden frei ist. Neumann.

Nagy, Dr. A. (Innsbruck). **Zur Pharmakodynamik des Wasserstoffsuperoxydes.** (Allgem. med. Zentral-Zeitung 1912, Nr. 35.)

Das Wasserstoffsuperoxyd ist eine Substanz, die in reinem Zustande, also in Form des Perhydrols, keine giftigen Komponenten enthält. Bei ihrer Zersetzung zerfällt die Verbindung in Wasser und Sauerstoff. Beide sind physiologische, chemisch für den Organismus unschädliche Stoffe. Die Abspaltung von Sauerstoff vollzieht sich am liebsten dort, wo bakterielle Produkte auf Gewebe und Zellen des erkrankten Organismus einen Zerfall einleiten und herbeiführen, der unter den Zeichen der putriden Zersetzung vor sich geht. Es handelt sich um eine elektive Wirkung, wobei die normalen Elemente des Organes unversehrt bleiben; auch der Leib der Bakterien scheint nicht angegriffen zu werden, sondern die Reaktion vollzieht sich gerade in der Grenzzone des Gesunden und Kranken resp. Krankmachenden. Nach übereinstimmenden Beobachtungsresultaten begünstigt die Perhydrolanwendung die Demarkation bei entzündlichen und brandigen Prozessen sowohl an der Oberfläche, als auch in der Tiefe der erkrankten Organe. Der freiwerdende Sauerstoff leistet dem Körper bei der Eliminierung abgestorbener Gewebe außerordentlich wirksame Hilfe. Mit der bloß mechanischen Wirkung ist aber die Pharmakodynamik des Perhydrols noch keineswegs erschöpft. Die komplizierten chemischen Umsetzungen, welche bei den bakteriell verursachten Zersetzungen der tierischen Zellen und Gewebe eintreten, entsprechen verschiedenen Stufen der Oxydation. Die präliminaren Zersetzungsprodukte sind größtenteils nicht vollkommen oxydiert. Die Höchststufe der Oxydation kann wegen Mangel an Sauerstoff nicht erlangt werden. Wenn dieser aber, wie bei der Perhydrolanwendung, an Ort und Stelle reichlich dargeboten wird, können die definitiven Zerfallstufen auf kurzem Wege erreicht werden. Die intermediären Zersetzungsprodukte (Indol, Skatol, Karbonsäure usw.) sind im Vergleiche zu den definitiven (Wasser, Kohlensäure, kohlensaures Ammoniak, Schwefelwasserstoff usw.) weniger indifferent. Durch Begünstigung des Oxydationsprozesses wird dem Organismus Arbeit und Zeit erspart, was zweifellos ein wichtiges therapeutisches Ziel ist. Ein wichtiges Postulat für die Erzielung des erwünschten therapeutischen Effekts und die Vermeidung schädlicher Nebenwirkungen ist die Reinheit des Wasserstoffsuperoxydes.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.





30 Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.
Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 48. | Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. | 28. Nov.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Die Behandlung der chronischen Obstipation.

Von Dr. **Lipowski** dirig. Arzt der inneren Abt. der Städt. Diakonissenanstalt Bromberg.

Zurzeit schwebt noch ein literarischer Kampf um die Frage, ob neben der seit alters her als bestehend angenommenen „atonischen" Form der chronischen Obstipation auch die von Fleiner als „spastisch" bezeichnete Art der habituellen Verstopfung als besonderes Krankheitsbild anzuerkennen ist.

Seit 1893, da Fleiner seine grundlegende Arbeit in der Berl. klin. Wochenschrift veröffentlichte, hat sich dann die Vorstellung von der spastischen Konstipation immer mehr bei den Aerzten eingebürgert, und einige Autoren, besonders Westfalen, Singer, Albu und neuerdings Franz Kisch jun., Marienbad, haben das Krankheitsbild fest zu umgrenzen versucht. Um so mehr Verwunderung erregte dann die von Boas im letzten Jahre aufgestellte Frage, ob es überhaupt eine spastische Obstipation gäbe.

Bei kritischer Beleuchtung der Frage kam er zu ihrer Verneinung. Boas führt, meiner Ansicht nach mit Recht, an, dass die als pathognomonisch angenommenen Erscheinungen: Palpation der fest kontrahierten Darmschlingen und bleistiftartiger oder bandförmiger Stuhl, auch bei anderen Arten der chronischen Konstipation gefunden werden.

Die verschiedene Auffassung hat nicht nur theoretische Bedeutung, da für die angeblich verschiedenen Formen der habituellen Verstopfung ganz verschiedenartige, z. T. sogar diametral entgegengesetzte therapeutische Leitsätze, wie wir später sehen werden, aufgestellt worden sind.

Bei beiden Arten der chronischen Verstopfung und ebenso bei einer dritten von Boas als fragmentär bezeichneten Form, welche dadurch charakterisiert ist, dass der Darminhalt sich nicht in einheitlichem Guss, sondern in zeitlich mehr oder weniger auseinander liegenden Abschnitten entleert wird, in allen diesen Fällen ist die ursächliche Bedeutung in der Störung der muskulären Darmtätigkeit angenommen.

Dies trifft meiner Ansicht nach nicht zu.

Seit vielen Jahren habe ich die Beobachtung gemacht, dass darmgesunde Menschen ihren Stuhl beliebig einen, zwei oder drei Tage zurückhalten können, ohne dass die Konsistenz eine wesentliche Eindickung erfährt. Menschen mit chronischer Obstipation müssen dagegen alle möglichen diätetischen Vorkehrungen treffen, ihren Stuhl bei guter Konsi-



stenz zu erhalten. Wenige Stunden Verzögerung genügen, den Darminhalt einzudicken, und nach zwei oder gar drei Tagen hat der Stuhl in der Regel Steinhärte erreicht.

Diese Erscheinungen konnten meiner Ansicht nach nur auf verschiedenartiges Verhalten der resorbierenden Tätigkeit der Darmschleimhaut zurückgeführt werden, und in der Tat konnte diese Annahme mit Sicherheit experimentell bestätigt werden. Während Darmgesunde von 200 ccm unter geringem Druck in den Darm eingeführter physiologischer Kochsalzlösung in 15 Minuten 30—90 ccm resorbieren, saugt die Darmschleimhaut eines Kranken mit chronischer Obstipation in derselben Zeit etwa die doppelte Menge auf. Zur leichtern Bestimmung dieser Verhältnisse habe ich die Bezeichnung „Resorptionskoeffizient" vorgeschlagen, welcher angibt, wieviel von den 200 ccm physiologischer Kochsalzlösung in 15 Min. resorbiert worden sind. Der R. C. 60/200 würde besagen, dass von den 200 ccm in 15 Min. 60 aufgesaugt worden sind.

Es folgt daraus, dass zur Beurteilung jeder chronischen Obstipation neben der motorischen Funktion als gleichberechtigter Faktor auch die resorbierende Tätigkeit der Darmschleimhaut berücksichtigt werden muss.

Dabei ist noch auf folgendes zu achten.

Ebenso wie bei der Achylia gastrica trotz völligen Fehlens der Sekretion durch geregelte Motilität der Magenmuskulatur eine gute Magenverdauung erzielt werden kann, habe ich wiederholt trotz gestörter Resorption — beim Enddarm entspricht die resorbierende Funktion der sekretorischen der Magenschleimhaut — bei guter motorischer Darmfunktion geregelte Entleerungsverhältnisse gesehen.

Es folgt aus diesen Beobachtungen, dass ebenso wie bei der Magenverdauung neben der Sekretion eine gute motorische Funktion der Magenmuskulatur, beim Enddarm ein harmonisches Zusammenwirken der resorbierenden und austreibenden Kräfte erforderlich ist.

Die erfolgreiche Behandlung der chronischen Obstipation ist abhängig von der Erkenntnis der die Störung veranlassenden Ursachen.

Bisher war es üblich, zunächst die Differentialdiagnose zwischen atonischer und spastischer Konstipation zu stellen. Fühlte man bei „Darmträgheit" den Dickdarm und insbesondere den Mastdarm mit reichlichen Stuhlmassen gefüllt, dann sprach man von der atonischen Form. Fühlte man einzelne Dickdarmschlingen, besonders bei Neurasthenikern, tetanisch kontrahiert und hatte der Stuhl den sogen. Bleistift- oder Bandcharakter, dann waren nach üblicher Vorstellung die Kriterien der spastischen Obstipation gegeben.

Genau nach diesen Erwägungen wurden auch die therapeutischen Massnahmen bestimmt.

Die „atonische" Obstipation erforderte eine Diät, welche schlackenreich ist, damit die unverdaulichen Nahrungsreste einen Reiz auf die austreibenden Kräfte ausübten. Ferner wurden solche Nahrungsmittel bevorzugt, deren eccoproctierende Eigenschaft uns bekannt ist: Buttermilch, Honig, Honigkuchen, Milchzucker, Obst usw.

Die spastische Konstipation verlangte dagegen eine sogen. Schonungsdiät, damit angeblich die ursächlichen Momente zur Auslösung der tetanischen Darmkontraktionen vermieden wurden.

Als besonders heilkräftig zur Beseitigung der spastischen Obstipation hat F l e i n e r die Oeleinläufe empfohlen, welche er in der Weise vorschlug, dass 300—500 ccm durchaus reines Oel (Oliven-, Sesam-,



Mohn-, Rüb-, Leinöl) in den Darm gelassen werden. Darnach müssen die Kranken etwa eine Stunde in Rückenlage oder $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde mit erhöhtem Becken liegen, damit das Oel infolge seiner grossen Adhäsionskraft zur Darmschleimhaut, welche grösser ist als die Kohäsion zwischen den einzelnen Oelmolekülen, sich an der Darmschleimhaut heraufzieht, bis es in Gegenden kommt, wo noch aktiver Pankreas- und Gallensaft vorhanden ist; durch deren Einwirkung werden aus dem Oel und den Alkalien des Darmes Oelsäuren und Glyzerin frei, welche Stoffe nach Fleiners Vorstellung dann die eccoproctierende Wirkung des Oeles auslösen.

Zweifellos ist den Fleinerschen Oeleinläufen eine ausgezeichnete Wirkung bei Obstipation zuzuerkennen. Die Wirkung erkläre ich mir allerdings nicht durch die angeblich entstehenden chemischen Umsetzungen, sondern dadurch, dass das Oel, die Darmschleimhaut überziehend, die Wasserresorption aus den im Darm lagernden Massen behindert und dadurch den Stuhl bei loserer Konsistenz belässt.

Wenn nun alte eingedickte Massen im Darm lagern, dann werden diese teils durch das Oel, teils durch die wasserreichen, aus den oberen Darmabschnitten herabtretenden Inhaltsmassen aufgeweicht und in diesem Zustande entleert.

In der Behinderung der krankhaft gesteigerten Resorption von seiten der Schleimhaut des Enddarmes sehe ich die wichtigste therapeutische Aufgabe, und von dieser Erwägung ausgehend, verfolgte ich gemeinsam mit meinem ehemaligen Assistenten, Herrn Dr. Ottomar Rohde, das Ziel, ein Ersatzmittel für das vorzüglich wirkende, aber mit zahlreichen hässlichen Nebenwirkungen behaftete Oel zu suchen. Wir fanden das allen Anforderungen entsprechende Mittel im Paraffin.

Paraffin gehört zu den Grenz-Kohlenwasserstoffverbindungen, deren einfachster Repräsentant das Grubengas CH_4, ist. Dem einen C-Atom stehen doppelt so viel + 2 H-Atome gegenüber. In einer Verbindung mit 5 C-Atomen sind also doppelt so viel + 2 = 12 H-Atome vorhanden usw. Gewonnen wird das Paraffin zum geringen Teil aus bestimmten Petroleumarten (auf Java), zum bei weitem grösseren Teil bei der Braunkohlendestillation.

Im Handel kursieren drei Arten von Paraffin: das flüssige, weiche und feste. Durch Mischung der verschiedenen Arten kann ich jeden beliebigen Schmelzpunkt erzeugen. Als zweckmässig hat sich die Paraffinmischung mit dem Schmelzpunkt von ca. 40 ° C erwiesen[1]), die bei Lufttemperatur Salbencharakter hat. 200—300 ccm werden über 40 ° erwärmt, dadurch flüssig, und in diesem Zustande mit einer in warmem Wasser erwärmten Spritze (zur Verhütung einer vorzeitigen Gerinnung) durch einen weichen Darmschlauch in den Darm injiziert. Nach wenigen Minuten hat die Masse im Darm Salbenkonsistenz angenommen, und dann kann der Patient sofort ohne Belästigung umhergehen.

In besonders hartnäckigen Fällen empfiehlt es sich, die Einläufe in Knie-Ellenbogenlage vorzunehmen.

Wir haben die Beobachtung gemacht, dass zuweilen die ersten Einspritzungen keinen spontanen Erfolg erzielten (der durch Wasser- oder Glyzerineinbringung leicht bewirkt wurde), der dann aber etwa von der dritten Applikation ausnahmslos sich einstellte, eine Erfahrung, die auch bei der Oelkur gemacht wird.

[1]) Deutsche Paraffin-Vertriebs-Gesellschaft Berlin, Haberlandstr.



Die Vorzüge, welche das Paraffin vor dem Oel hat, sind folgende:

1. Das Paraffin ist unzersetzlich. Es werden dadurch die ausserordentlich unangenehmen Erscheinungen vermieden, welche sich aus der sehr leichten Zersetzlichkeit des Oeles ergeben. Aus der Oelzersetzung entstehen gasförmige Fettsäuren, welche starkes Kollern in den Därmen erzeugen, und beim Entweichen nehmen sie das zersetzte übelriechende Oel und Stuhlmassen mit, welche Leib- oder Bettwäsche durchtränken, und den Träger mit einem Geruch behaften, der auf die Dauer unerträglich ist. Alle diese unangenehmen Nebenwirkungen fallen bei dem unzersetzlichen Paraffin fort.

2. Das Paraffin schmiegt sich in Salbenform der Darmwand an, und wenn Gase entleert werden, nehmen sie von der Salbenmasse nichts mit, oder wenn wirklich eine geringe Menge ausgestossen wird, fehlt ihr der unangenehme Stuhlgeruch.

3. Der Oeleinlauf erfordert ein einstündiges ruhiges Liegen auf dem Rücken, was bei der Paraffininjektion fortfällt. Nach wenigen Minuten bereits hat die flüssig injizierte Masse Salbencharakter angenommen und haftet der Darmwand an.

4. Die Oelkur kann wegen subjektiver und objektiver Reizwirkung auf den Darm nur selten abends gebraucht werden, während die Paraffineinspritzung den Schlaf nur in den seltensten Fällen beeinträchtigt. Der Erfolg tritt in der Regel morgens ein.

5. Im Gegensatz zum Oelgebrauch kann das Paraffin unbegrenzt lange angewandt werden, da alle Reizerscheinungen ausbleiben, im Gegenteil bestehende Reizerscheinungen durch Paraffingebrauch beseitigt werden. Unter der Paraffindecke gesundet die resorptiv erkrankte Schleimhaut, was sich durch Herabsetzung des Resorptions-Koeffizienten erweist.

Es ist eine merkwürdige Erscheinung, dass durch Paraffinbehandlung alle Arten von Obstipation günstig beeinflusst werden, obwohl doch nur die Resorption von seiten der Darmschleimhaut verändert, die muskuläre Darmtätigkeit dagegen nicht direkt betroffen wird.

Diese Erfahrungstatsache ist wohl durch folgende Annahme zu erklären.

Was wir unter „Atonie“ des Darmes verstehen, kann keine eigentliche muskuläre Schwäche der Darmmuskulatur sein; denn jedes Hindernis löst selbst bei schwächlicher Muskulatur ausserordentlich kräftige Kontraktionen aus. Bei der „Atonie“ ist nicht die eigentliche Muskelschwäche, sondern eine fehlende Reaktion zur Muskelkontraktion verantwortlich zu machen. Die durch längeres Verweilen im Dickdarm eingedickten Massen lagern sich der Darmwand an, schädigen ihrerseits die Schleimhaut, welche mit der Zeit eine grössere Resorptionsfähigkeit erlangt. Die harten wasserarmen Massen lagern ohne Auslösung einer Empfindung im Darm. Zweifellos sind im Enddarm uns bisher noch unbekannte Nervenendigungen vorhanden, welche die austreibenden Kräfte zur Tätigkeit anregen. Welcher Art der „Reiz“ ist, der diese Endorgane trifft, ist uns gleichfalls unbekannt. Ich glaube mich zu der Annahme berechtigt, dass der Reiz in dem schnellen Diffusionsaustausch zwischen der Darmschleimhaut und dem Darminhalt besteht. Lagern wasserarme Massen im Darm, welche nur geringe Diffusionsmöglichkeit geben, dann fehlt der Reiz der bei wasserreichen Massen gegeben ist.

Wodurch wirken aber die Paraffininjektionen? Sie überziehen gleich dem Oel die Darmschleimhaut, sie an einer übergrossen Resorption



behindernd. Die von höheren Darmregionen herabsteigenden, durch Resorptionsbehinderung wasserreich gebliebenen Massen treffen von Paraffin befreite Abschnitte der Darmschleimhaut, deren Muskulatur zur Kontraktion anregend. Glyzerin, das ein enormes Diffusionsvermögen besitzt, regt die Darmkontraktion gewaltig an, während andere „Reize" reaktionslos bleiben.

Die geordnete Funktion der Endorgane ist zur regelmässigen spontanen Darmentleerung unerlässlich. Eine Schädigung der Nervenendigungen bedingt die chronische Obstipation. Alle Ursachen mithin, welche eine Schädigung der spezifischen Nervenendigungen bewirken, haben auch die habituelle Verstopfung zur Folge.

Von derartigen schädigenden Ursachen kommen folgende Gruppen in Frage:

1. erbliche Veranlagung,
2. Störungen in der Regelmässigkeit der Darmentleerung,
3. unregelmässige Ernährung,
4. Missbrauch von Abführmitteln,
5. Neurasthenie.

Vermisst wird in dieser Aufzählung vielleicht die von Laien und selbst Aerzten häufig als ursächlich beschuldigte „sitzende Lebensweise". Wenn man aber bedenkt, dass die Briefträger einen auffallend grossen Prozentsatz unter den chronisch Obstipierten stellen, andererseits zahlreiche Konstipierte während längerer Bettruhe eine völlig geregelte Darmtätigkeit zeigen, dann wird man in der sitzenden Lebensweise eine besondere Ursache zur Entstehung der chronischen Verstopfung nicht anerkennen dürfen.

Bei weitem im Vordergrund steht die erbliche Veranlagung. Jeder Arzt wird die Erfahrung gemacht haben, dass es zahlreiche Familien gibt, in denen Störungen der Darmtätigkeit heimisch sind. Während bei der Allgemeinheit sich die Defäkation automatisch regelt, müssen die „darmschwachen" Menschen mit peinlicher Sorgfalt regelmässige Darmentleerung erstreben.

Störungen in der Regelmässigkeit der Darmentleerung bilden eine weitere Ursache für die Entwicklung des in Frage stehenden Leidens.

Wenn die Neigung zur Stuhlentleerung wegen Berufsgeschäften unterdrückt werden muss, gewöhnt sich der Darm an seine Ueberfüllung und verlangt schliesslich zu seiner Entleerung besondere Reize.

Ein grosses Kontingent stellen die unzweckmässig Ernährten. Der menschliche Darm braucht zur regelmässigen motorischen Tätigkeit in der Regel eine gemischte zellulosereiche Kost. Bei einseitiger leicht verdaulicher Eiweisskost fehlen die zur Darmperistaltik anregenden Restmassen.

Missbrauch der Abführmittel ist eine bekannte Klage der Aerzte. Wenn der Darm durch ein Abführmittel überreizt und allzu sehr entleert wird, stellt sich sehr leicht eine krankhafte Ruhe der Darmperistaltik ein. Der Darm gewöhnt sich sehr bald an den grossen im Abführmittel enthaltenen peristaltischen Reiz und spricht auf den physiologischen Reiz nicht mehr an.

Dass die Neurastheniker sehr häufig an Störungen der Darmtätigkeit leiden, beweist die grosse Gruppe der nach dem Sitz ihres Leidens bezeichneten Hypochonder.

Die Kenntnis dieser ätiologischen Faktoren ergibt die wichtigsten therapeutischen Massnahmen.



Zwei Gesichtspunkte sind es, welche im Vordergrund der Therapie stehen: zweckmässige Ernährung und regelmässige tägliche schonende Darmentleerung.

In der Ernährung sei für zellulosereiche Speisen (Gemüse, Obst) gesorgt und für solche, deren die Peristaltik anregende Eigenschaft uns bekannt ist (Honig, Milchzucker, Buttermilch, Pfefferkuchen).

Von grösster Wichtigkeit ist die regelmässige tägliche schonende Darmentleerung. Der die Entleerung bewirkende Reiz darf den physiologischen nicht überschreiten, da der Darm sich leicht auf eine Reizgrösse einstellt und auf alle Reize, die unterhalb der gewohnten Reizschwelle liegen, nicht anspricht.

Am zweckmässigsten sind Einläufe mit physiologischer Kochsalzlösung, welche in folgender Weise vorgenommen werden. Dem Kranken wird am besten in Knie-Ellenbogenlage ein durch Oel oder Vaselin schlüpfrig gemachtes weiches Darmrohr etwa 10—15 cm hoch in den Darm eingeführt. Dann wird der Hartgummiansatz des Irrigators in den weichen Ansatz eingefügt, und unter möglichst geringem Druck (Irrigatorhöhe über dem Anus etwa 30—40 cm) werden zirka $^3/_4$ l lauwarme physiologische Kochsalzlösung in den Darm gelassen, wo sie nach Möglichkeit einige Minuten zurückbehalten werden soll.

Am besten wird der Einlauf morgens nach dem ersten Frühstück gemacht, aber auch sonst zu jeder andern, täglich jedoch zu genau derselben Zeit.

Der Einlauf wird, auch wenn der erste keinen Erfolg erzielt hat, erst am nächsten Morgen wiederholt. Bleibt auch die zweite Eingiessung ohne genügenden Erfolg, dann wird am Abend des zweiten Tages eine Paraffininjektion oder auch ein Oeleinlauf vorgenommen (Technik s. o.).

Um Missverständnissen vorzubeugen, betone ich, dass ich die Oeleinläufe durchaus nicht als überflüssig betrachte. Einige wenige Oeleinläufe mögen neben den meiner Ansicht nach ungleich angenehmeren Paraffininjektionen angebracht sein. Bei längerer Anwendung kommt die Oelkur wegen der grossen Vorzüge des Paraffins nicht in Frage.

Hat nun das Oel oder Paraffin am nächsten Morgen eine gute Entleerung gebracht, dann wird tags darauf wieder eine Eingiessung mit physiologischer Kochsalzlösung versucht. Bleibt, wie es bei chronischen Fällen in der Regel der Fall zu sein pflegt, wieder ein ergiebiger Erfolg aus, dann geht man gleich zu der fortgesetzten Paraffinkur über, in der Weise, dass abends in hartnäckigen Fällen in Knie-Ellenbogenlage 300 ccm Paraffin mit dem Schmelzpunkt 40 ° C mit einer angewärmten Spritze in den Darm gespritzt werden, was einige Abende wiederholt wird. Dann geht man auf 200 ccm herunter, dann auf 100 ccm, lässt auch einen Abend aus, dann eventuell zwei Abende, je nach der Stuhlentleerung, bis allmählich spontane Regulierung erfolgt.

Die Hauptsache ist unbedingte tägliche Entleerung des Darmes. Wenn einmal die Regelmässigkeit unterbrochen wird, muss sie erst mühevoll wieder erstrebt werden.

Sollten durch eine Reise oder andere Behinderung die Einläufe für wenige Tage nicht durchführbar sein, dann kommt die vorübergehende Anwendung von Glyzerin in Frage, entweder in Form der Glyzerinzäpfchen oder Glyzerineinspritzung mittels einer kleinen Spritze, etwa in Mengen von 1 Teel. bis 2 Teel. Nur in äussersten Notfällen mache man davon Gebrauch, weil Glyzerin die Reizschwelle zur Darmentleerung sehr bald steigert, so dass der physiologische Reiz nicht genügt. Nach der



Glyzerineinspritzung warte man einige Minuten, bis ein ausreichender Defäkationsreiz sich eingestellt hat.

Zum Schlusse harrt noch die Frage der Erledigung, wie man sich zu den Abführmitteln zu stellen hat.

Mit aller Schärfe muss das Prinzip betont werden, unter allen Umständen im jugendlichen und mittleren Lebensalter die Abführmittel zu chronischem Gebrauch zu verbieten, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Jedes Abführmittel steigert die Reizschwelle, auf welche der Darm anspricht.

2. Jedes Abführmittel verliert in der Regel auf die Dauer seine Wirkung und muss durch ein stärker wirkendes ersetzt werden.

3. Jedes Abführmittel nimmt Darminhalt mit, der bei längerem Verweilen noch weiterer Ausnutzung fähig ist.

Im höheren Alter, wo das Verlangen nach möglichst ausgiebiger und häufiger Darmentleerung besteht, mögen im Bedarfsfalle Abführmittel gebraucht werden. Als geeignet haben sich zu diesem Zwecke Califig (kalifornischer Feigensyrup, der einige Zusätze enthält, teuer, 2,50 M. die Flasche), abends 1—2 Esslöffel, Purgen, Laxin (wirksamer Bestandteil bei beiden Präparaten Phenolphthalein), Purgatin und Exodin (Abkömmlinge des Anthrachinons) erwiesen. Bei alten, besonders fettleibigen und plethorischen Leuten sind auch Pillen resp. Tabletten von Podophyllin (auf 30 Pillen 1 g mit 0,3—0,5 g Extr. Bella.) angebracht, ferner die Marienbader, Karlsbader Pillen, die Tabletten von Borrough Wellcome u. a.

Als wirksame Bestandteile sind in allen diesen Mitteln Podophyllin, Aloë, Jalape oder Coloquinten enthalten.

Die Therapie der Placenta praevia.

Von Frauenarzt Dr. **Hüffell** in Darmstadt.

Bei der Behandlung der Placenta praevia kamen bis vor wenigen Jahren nur 2 Verfahren in Frage, die kombinierte Wendung nach Braxton Hicks und die Metreuryse.

Zweifel [1]) läßt in seiner Klinik die Metreuryse mit nachfolgender Wendung und Extraktion ausführen. Von 178 Frauen mit Placenta praevia starben 13 = 7,8 %, davon 10 an Verblutung, 3 an Sepsis. Diese letzteren waren außerhalb tamponiert worden, während von den anderen Frauen 9 bereits total ausgeblutet eingeliefert worden waren. Diese hatten alle zu Hause bereits vor Wochen schon einen einmaligen stärkeren Blutabgang gehabt. Da sich die Blutung zunächst nicht wiederholte, so war nichts dagegen geschehen. In solchen Fällen legt Zweifel für mehrere Tage einen Kolpeurynter ein, im Notfalle genügt auch eine feste Tamponade mit in Kochsalzlösung gekochter nasser Watte. Jede stärkere Blutung am Ende der Gravidität soll auf die Weise sofort aktiv behandelt werden, auch wenn dieselbe spontan zum Stehen kam. Die von anderer Seite gehegten Bedenken wegen erhöhter Infektionsgefahr läßt Zweifel nach seinen günstigen Erfahrungen nicht gelten. Von den Kindern starben während der Entbindung 56 %, lebend entlassen wurden 30 %. Von den Kindern

[1]) Münch. med. W. 07, Nr. 48.



waren über die Hälfte Frühgeburten unter 2500 g. Wegen dieser Kinder die Mutter einer größeren Gefahr auszusetzen hält Zweifel nicht für richtig. Der Metreurynter wird stets in das Ei gelegt nach Sprengung der Blase. Bei vollständig vorliegendem Mutterkuchen soll erst der Versuch gemacht werden, seitlich an die Eihäute zu gelangen, ehe man ihn durchbohrt. Nach Ausstoßung des Metreuryters wird auf den Fuß gewendet und langsam extrahiert. Besondere Vorsicht ist bei Entwicklung des Kopfes nötig, hier kann man bei zu engem Muttermunde dem Kinde von der Scheide aus Luft zuführen durch Einlegen zweier Finger oder eines Katheters. Der vaginale oder abdominale Kaiserschnitt wurde nie vorgenommen. Zweifel glaubt nicht, daß mit diesen Methoden eine der verbluteten Frauen hätte gerettet werden können. Eine Besserung der kindlichen Mortalität werde man mit einer höheren mütterlichen bezahlen.

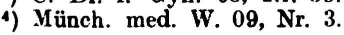
R. Freund[1]) verwirft die von Zweifel empfohlene Dauertamponade der Vagina wegen der dadurch bedingten Infektionsgefahr und läßt nur für den Transport in die Klinik tamponieren. Bei weniger bedrohlichen Blutungen soll die Frau unter strenger Kontrolle am besten in der Klinik im Bett gehalten werden. Bei starker Blutung und nicht genügend eröffnetem Muttermund wird der Zervikalkanal nach Fritsch mit feuchter steriler Gaze tamponiert. Sobald der Muttermund für 2 Finger durchgängig ist, kommt die Metreuryse oder die Wendung in Frage. Wenn die Eihäute erreichbar sind, sollen sie gesprengt werden, bei Placenta praevia lateralis genügt dies oft bei Kopflagen. Im anderen Falle wird der zugfeste Ballon von Champetier eingelegt. Nach Ausstoßung desselben wird, falls es nicht weiter blutet, die Spontangeburt abgewartet, im anderen Falle die Geburt durch Wendung und Extraktion beendet. Bei dieser Behandlung starben von 69 Müttern 7 = 10 %, von den Kindern konnten 50 % am Leben erhalten werden. Während nach dem Verfahren nach Braxton Hicks nur 20 % der Kinder davon kamen. Trotzdem wurde dieses angewandt, wenn es sich um sehr bedrohliche Blutungen oder um lebensunfähige Kinder handelte. Der vaginale Kaiserschnitt kommt in Frage bei beginnender Blutung aus einer rigiden Zervix, während der klassische unter Hinweis auf die hohe Infektionsgefahr bei Placenta praevia abgelehnt wird. An der Königsberger Klinik wird, wie Hammerschlag[2]) berichtet, die Placenta praevia hauptsächlich mittels der Wendung nach Braxton Hicks behandelt. Tamponade der Scheide mittels Gaze oder Kolpeurynter wird wegen Infektionsgefahr nicht geübt, sondern nur für den Transport in die Anstalt gestattet, dagegen ist sie das beste Blutstillungsmittel nach Zervixrissen. Von den tamponierten Wöchnerinnen fieberten 80 %, von den nicht tamponierten nur 38 %. Bei Placenta praevia und Längslage genügt bei guten Wehen oft die Blasensprengung. Die Metreuryse bessert zwar die Resultate für die Kinder, wird aber wegen der für die Mutter dabei entstehenden Gefahren der Infektion und der Zervixrisse nicht gerne angewandt. Die mütterliche Mortalität stellt sich bei 191 Fällen auf 6,3 %, 3 an Infektion Gestorbene waren auswärts tamponiert worden, 3 wurden zu spät eingeliefert. Bei 5 Frauen ereignete sich ein Zervixriß. Hammerschlag läßt bei engem Muttermund zuerst eine Tarnier'sche Blase einlegen, darnach wird die Fruchtblase mittels

[1]) Deutsch med. W. 08, Nr. 4.
[2]) Med. Klinik 08, Nr. 17.



einer Kornzange gesprengt und ein Fuß herabgeholt, wobei man sich in schwiergien Fällen einer Kugelzange bedienen kann. Nach vollendeter Wendung darf kein stärkerer Zug ausgeübt werden. Selbst bei einer konstanten Belastung mit nur 2 Pfd. sah Hammerschlag einmal einen Zervixriß eintreten. Der vaginale Kaiserschnitt wird in den Fällen ausgeführt, wo das Leben des Kindes sehr wertvoll ist. Auch Henkel[1]) ist kein Freund der Metreuryse und zwar fürchtet er dabei die Infektionsgefahr und hält die Technik in vielen Fällen für zu schwierig. Bei den wiederholten Versuchen, den Ballon in die Eihöhle zu legen, kommt es stets zu neuen Blutungen. Der Gewinn von 30 % lebenden Kindern sei nur ein scheinbarer, indem es sich doch meist um lebensschwache Kinder handele. Für den Praktiker hält er daher nach wie vor die Wendung nach Braxton Hicks für die beste Methode. Die Fälle, in denen die Wendung wegen zu engen Zervikalkanales mißlingt, sollen mit dem vaginalen Kaiserschnitt beendigt werden. Diesen gegen die Metreuryse gerichteten Vorwürfen tritt Hannes[2]) entgegen. An der Breslauer Klinik wurden 119 Fälle von Placenta praevia mit Metreuryse behandelt. Dabei starben 6 Frauen = 5 %, welches die niedrigste mütterliche Mortalität bei der Placenta praevia darstellt. Davon starben 2 Mütter an Luftembolie. Diese Komplikation ist, wie Esch[3]) nachweist, sonst bei der Metreuryse nicht beobachtet worden, dagegen finden sich in der Literatur 8 Fälle von Luftembolie nach Wendung nach Braxton Hicks. Esch empfiehlt zur Vermeidung der Luftembolie Beckenhochlagerung. Ferner verlor Hannes 2 Frauen an Verblutung und eine von diesen infolge eines Zervixrisses, der durch zu starken Zug am Metreurynter entstanden war. Dagegen starb nur eine Frau an Sepsis, der beste Beweis dafür, daß die Gefahr der Infektion bei der Metreuryse nicht so groß ist, wie sie von anderer Seite hingestellt wird. Aber auch für die Kinder ergibt die Metreuryse die besten Resultate, indem 51,2 % lebend geboren wurden, wobei die Fälle, die mit Blasensprengung allein entbunden wurden, gar nicht mitgezählt wurden. Die an der Klinik Küstner's mit der Metreuryse erzielten Resultate bei Placenta praevia sind weitaus die besten, sie geben aber trotzdem noch die relativ hohe mütterliche Mortalität von 5 % und die kindliche von 50 %, während man wohl im allgemeinen mit einer etwa doppelt so großen mütterlichen Todesziffer rechnen muß, wobei ca. 80 % der Kinder sterben. Diese großen Verlustziffern haben vor längerer Zeit den Gedanken nahe gelegt, die Placenta praevia chirurgisch zu behandeln und zwar wurde zuerst von Amerika aus durch Bermays der klassische Kaiserschnitt zu diesem Zweck empfohlen. Es zeigte sich indessen, daß die mütterliche Mortalität dadurch nicht verringert wurde, infolge häufig eintretender Infektion. Es war deshalb als ein Fortschritt zu bezeichnen, als Dürssen seinen vaginalen Kaiserschnitt für die Behandlung der Placenta praevia empfahl. 10 auf diese Weise von Döderlein operierte Fälle sind nach Baisch[4]) für Mutter und Kind glücklich verlaufen. Baisch glaubt daher, daß sich nur auf chirugischem Wege eine Besserung der Sterblichkeit bei Placenta praevia erzielen lasse. Für den praktischen Arzt sei nach wie vor die Wendung nach

[1]) Archiv f. Gyn., B. 86, H. 3.
[2]) C. Bl. f. Gyn. 08, Nr. 42.
[3]) C. Bl. f. Gyn. 08, Nr. 39.
[4]) Münch. med. W. 09, Nr. 3.





Braxton Hicks am meisten zu empfehlen, da die Metreuryse zu große technische Schwierigkeiten biete. Auch Sellheim [1]) will die Placenta praevia chirurgisch behandelt wissen und zwar verwendet er auch hierzu den von ihm angegebenen extraperitonealen Uterusschnitt. Seiner Ansicht nach sind alle früheren Methoden nur geeignet, die Gefahr der Blutung durch weitere Dehnung des blutenden unteren Uterusabschnittes zu vermehren. Aus diesem Grunde hat Sellheim auch den vaginalen Kaiserschnitt verlassen. Die einzig richtige Therapie bestehe darin, die gefährdeten Stellen aufzusuchen und dem Auge zugänglich zu machen. Sellheim hat bis jetzt 9 Frauen wegen Placenta praevia auf diese Weise entbunden und alle Mütter und Kinder dabei am Leben erhalten. Der Blutverlust war geringer als bei jedem anderen Vorgehen, es blutete aus der durchschnittenen Plazentarstelle weniger als es sonst aus dem Corpus zu bluten pflegt. Zur Blutstillung wurden in heiße Kochsalzlösung getauchte Kompressen verwendet und danach die Plazentarstelle über einem fest eingestopften Tampon verschlossen. So hofft Sellheim die von ihm sehr gefürchteten Nachblutungen zu vermeiden. Auf diese Weise sollen in Zukunft alle Fälle von Placenta praevia behandelt werden, nur bei lebensunfähigem oder totem Kinde sowie bei infizierten Fällen, soll die Wendung nach Braxton Hicks erlaubt sein. Für den klassischen Kaiserschnitt bei Placenta praevia verwendet sich Krönig [2]). Er hält es nicht für richtig, die Plazentarstelle absichtlich zu verletzen, will indessen nicht alle Fälle auf diesem Wege entbinden. Bei völlig erweitertem Muttermund macht er die Wendung mit anschließender Extraktion, bei hinten sitzender Placenta praevia den vaginalen Kaiserschnitt. 6 wegen Placenta praevia durch Sectio caesarea entbundene Frauen wurden mit ihren Kindern gesund entlassen, eine Tamponade war in keinem Falle nötig. Sollte es jedoch nach Entfernung der Plazenta noch weiter bluten, so würde Krönig nicht zögern, den Uterus zu exstirpieren. Die Wendung nach Braxton Hicks bleibt auf infizierte Fälle beschränkt.

Fießler [3]) hat 111 Fälle von Placenta praevia, die in den Jahren 1898—1908 an der Tübinger Klinik zur Beobachtung kamen, zusammengestellt. Davon wurden 83 nach Braxton Hicks, 8 mit Metreuryse behandelt. 10 mal wurde der vaginale und 9 mal der extraperitoneale Kaiserschnitt angewandt. Von den 83 nach Braxton Hicks entbundenen starben 8 Mütter und 52 Kinder, 5 davon an Verblutung, 3 an Sepsis. Außerdem kam es 14 mal infolge zu starken Ziehens zu einem Zervixriß. 13 Frauen erkrankten an Puerperalfieber, bei dreien wurde wegen Verblutungsgefahr der Uterus exstirpiert. Von den 8 mit Metreuryse behandelten Frauen starb eine an Myokarditis, 4 Kinder blieben am Leben. Fießler hält trotz dieser besseren Resultate die Metreuryse für den Praktiker nicht für geeignet wegen zu großer technischer Schwierigkeiten. Die einzige lebenssichere Therapie sieht er im chirurgischen Handeln. Von 10 mittels vaginalem Kaiserschnitt Entbundenen starben 3, 2 davon an Sepsis nach Tamponade. Die 90 mittels extraperitonealen Uterusschnitts Entbundenen wurden alle gesund entlassen. 1 Kind war schon vor der Operation tot, eines starb später an Sepsis. Gegen diese Vorschläge von Sellheim und Krönig wendet

[1]) C. Bl. f. Gyn. 08, Nr. 40.
[2]) Centr. Bl. f. Gyn. 08, Nr. 46.
[3]) Münch. med. W. 09, Mr. 4.



sich A. Martin[1]) in einem offenen Briefe. Er weist auf die Gefahren hin, die aus einer Trennung der praktischen und klinischen Geburtshilfe gerade bei der Placenta praevia entspringen müssen. In der Regel hängt hier von dem Handeln des zuerst zugezogenen Arztes der Ausgang der Entbindung ab und die Zeit für die Verbringung in eine Anstalt ist oft nicht vorhanden. Es läßt sich in dieser Hinsicht die Placenta praevia nicht mit dem engen Becken oder der Eklampsie vergleichen. Auch hält Martin die Gefahr der Verblutung in der Praxis bei der jetzt geübten Behandlung nicht mehr für so groß, daß ein zwingender Grund vorläge, diese Therapie zu verlassen. Es haben sich daraufhin auch mehrere praktische und klinische Geburtshelfer in ähnlichem Sinne geäußert. Bockelmann[2]) hat etwa 50 Fälle von Placenta praevia mittels Wendung und Extraktion behandelt, ohne einen Todesfall dabei zu erleben und war nur einmal genötigt, nach Ablösung der Placenta zu tamponieren. Er zieht hieraus den Schluß, daß die Gefahr der Nachblutung ebenfalls sehr überschätzt wird, und glaubt nicht, daß die Mortalität durch Einführung der chirurgischen Verfahren verbessert wird. Auch Zimmermann[3]) hatte mit der Metreuryse bei Plazenta praevia gute Resultate. Bei einer vor 7 Jahren von ihm veranstalteten Zusammenstellung fand er eine mütterliche Mortalität von 3,3 % und eine kindliche von 23,7 %. Er hält eine Sprengung der Eiblase vor Einlegen des Metreurynters nicht für notwendig. Dafür hat man dann nach Ausstoßung des Metreurynters eine bedeutend leichtere Wendung. Zimmermann hat auf diese Weise 28 mal gehandelt und dabei keine Mutter und kein Kind verloren. Pfannenstiel[4]) erzielte mit der Metreuryse eine mütterliche Mortalität von 5,5 % und verlor 51 % der Kinder, also fast genau die gleichen Resultate wie Küstner. Er zweifelt daran, daß durch Anwendung chirurgischer Verfahren diese Resultate noch gebessert werden könnten. Freilich erhielte man dabei meist lebende Kinder, jedoch darf man diesen Gewinn nicht zu hoch anschlagen, da es oft unreife Früchte sind. Auch sind in den Familien meist schon Kinder vorhanden oder es sind solche noch zu erwarten, es verhält sich also bei der Placenta praevia in dieser Hinsicht nicht wie beim engen Becken. Pfannenstiel hält es daher für seine Pflicht, die Metreuryse in der Klinik nach wie vor weiter zu lehren. Er legt den Ballon, wenn möglich, in das Innere des Eies. Nach der spontanen Ausstoßung desselben kann die Entbindung durch Wendung und Extraktion in der Regel sofort angeschlossen werden. Der Kaiserschnittt könnte nur in Frage kommen, wenn bei aseptischem Genitalkanal und noch erhaltener Portio die Mutter dringend ein lebendes Kind wünscht. Auch an der Charité hat sich nach Thieß[5]) die Mortalität nach Einführung der Metreuryse wesentlich gebessert. Es beträgt die Mortalität der Mütter bei insgesamt 179 Fällen nicht ganz 3 %, von den Kindern starben 60 %, reife Kinder (9—10 Monat) nur 41 %. Nach Einführung der Metreuryse ist auch diese Kindersterblichkeit noch wesentlich zurückgegangen, sie ergab für die letzten 22 Fälle nur 18 %. Thieß glaubt daher, daß sich bei geeigneter Anwendung der Metreuryse die Resultate so bessern

[1]) Monatsschrift für Geb., B. 28, H. 6.
[2]) Berl. klin. W. 09, Nr. 1.
[3]) C. Bl. f. Gyn. 09, Nr. 10.
[4]) u. [5]) Monatsschrift f. Geb., B. 29, H. 1.



lassen, daß kein Grund zu einem aktiveren Vorgehen vorliegt. Der vaginale Kaiserschnitt wird nur bei sehr rigider Portio ausgeführt.

Soviel man aus den vorliegenden Arbeiten ersehen kann, liegt ein zwingender Grund, die Therapie der Placenta praevia zu ändern, nicht vor. Die Mortalität, welche früher etwa 10 % betrug, ist an den Kliniken, die von der Metreuryse Gebrauch machen, jetzt auf 5 % gesunken, wobei etwa die Hälfte der Kinder noch gerettet wurden. Man sollte auf diese, meist noch unreifen Früchte, keinen allzugroßen Wert legen, zumal bei diesen Frauen meist schon lebende Kinder vorhanden sind. Auch sonst läßt sich die Placenta praevia mit dem engen Becken wegen der meist plötzlich eintretenden Gefahr nicht auf eine Stufe stellen. Die von Sellheim und Krönig berichteten guten Resultate bei chirurgischer Behandlung sind doch noch zu gering an Zahl, um jetzt schon daraus die Überlegenheit dieser Methoden gegenüber den bisher geübten, zu beweisen. Die von den Gegnern der Metreuryse dieser nachgesagten technischen Schwierigkeiten bestehen unserer Ansicht nach nicht in dem Maße, auch die des öfteren hervorgehobene erhöhte Infektionsgefahr ist nach den Erfahrungen von Hannes, Pfannenstiel und anderen nicht mehr zu befürchten. Nur bei starker Blutung aus einem engen und rigiden Muttermund käme eine der chirurgischen Eingriffe in Betracht.

Bericht über die 84. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Münster i. W. vom 15.—21. Sept. 1912.

Von Dr. **Krone**, Bad Soden-Werra.

In der alten Dom- und Lindenstadt Münster, dem Sitz der Westfälischen Wilhelms-Universität, tagten in diesem Jahre die deutschen Naturforscher und Ärzte.

„Als eine gute Vorbedeutung" — so führte der erste Geschäftsführer der Tagung, Rosemann-Münster i. W., in seiner Eröffnungsrede aus — „wollen wir es auffassen, wenn in der nächsten Woche die Vertreter sämtlicher medizinischer Disziplinen in den Hörsälen unserer Universität zu Worte kommen werden, in der Hoffnung, daß sie, die wir heute noch als Gäste begrüßen müssen, bald als dauernde Mitglieder unseres akademischen Kollegiums ihren Einzug halten werden." Diesem berechtigten Wunsche stimmte denn auch die Versammlung dadurch bei, daß sie in ihrer Geschäftssitzung mit lebhaftem Beifall eine von der Universität vorgeschlagene Resolution, die als Eingabe an den Kultusminister gedacht ist, einstimmig annahm. Die Resolution hat folgenden Wortlaut: „Die 84. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte hält es für sehr wünschenswert, daß die medizinische Fakultät an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster weiter ausgebaut werde und bittet Eure Exzellenz, die Wiederherstellung der medizinischen Universität, die Münster vor 100 Jahren besessen hat, tunlichst bald in die Wege leiten zu wollen."

In der ersten allgemeinen Versammlung, am Montag, den 16. September, sprachen folgende Redner:

v. Czerny-Heidelberg „Über die nichtoperative Behandlung der Geschwülste." Ein spezifisches Heilmittel gegen den Krebs ist bisher noch nicht gefunden, doch besteht



die alte Anschauung, daß die Operation allein bei bösartigen Geschwülsten Heilung bringen könne, nicht mehr zu Recht. Bei aller Hochachtung der großen Fortschritte, welche diese Behandlungsmethode gemacht hat, lassen ihre Dauerresultate noch sehr viel zu wünschen übrig. Es sind deshalb Mittel und Wege einer nichtoperativen Behandlung der bösartigen Geschwülste angebahnt worden. Die Beobachtung, daß nach überstandenen Erysipelen eine Rückbildung von Sarkomen eintrat, führte zunächst zu einer Toxintherapie; ein Weg, der aber bald wieder verlassen wurde, da er relativ wenig Erfolge zeitigte. Auch durch Diätversuche konnte auf die Dauer keine Vermehrung von Abwehrstoffen im Körper erzielt werden. Bei immunserumtherapeutischen Versuchen ist der Erfolg einstweilen noch recht unbestimmt. — Dagegen scheint die Chemotherapie eher zum Ziele zu führen; besonders bei direkter Einverleibung in die Blut- und Lymphbahn. So kann man zwar bezüglich der Arsentherapie — speziell der Zellerschen Versuche — bei der Kürze der Zeit noch nicht von Heilung sprechen — jedoch eröffnen die bisherigen Erfolge günstige Aussichten. Das intravenös einverleibte Salvarsan hat bei Sarkomen Erfolge erzielt, bei Karzinomen jedoch nicht.

Die Strahlentherapie scheint ebenfalls nicht minder aussichtsreich, doch erfordert sie eine exakte spezielle Vorbildung und großen Kostenaufwand — wird daher einstweilen nur Spezialgebiet bleiben können.

Alle diese therapeutischen Maßnahmen, zu denen sich in letzter Zeit noch als unblutige Operation die Diathermie gesellt, bedürfen noch sehr des Ausbaues — ihre Anwendung ist da zu empfehlen, wo Kontraindikationen gegen Operationen vorhanden sind oder wo nach Lage der Verhältnisse Rezidive gleich wieder zu erwarten sind.

Die Schutzkräfte im Körper zu beleben, muß die Hauptaufgabe der nichtoperativen Behandlung sein.

Die Behandlung, die Redner seinen Krebskranken im Samariterheim zu Heidelberg angedeihen läßt, gipfelt in folgendem: Operative Behandlung, wenn angängig — im anderen Falle kombinierte individuelle Chemo-, Diät- und Strahlentherapie.

Becher-Münster: „Leben und Beseelung". Nach uralter Auffassung (Aristoteles) ist die Seele das Prinzip des Lebens; beim Sterben verläßt sie den Leib und dies Scheiden der Seele macht jenen zu einem leblosen Körper. Das Wesen der Lebendigkeit liegt in der Beseelung. Heute stehen sich Psychovitalismus und Mechanismus gegenüber. Dieser führt die Funktionen des Körpers auf physikochemische Vorgänge zurück in der Annahme, daß alle Lebewesen eigenartig komplizierte physiko-chemische Maschinen sind. Aus dem philosophischen Materialismus ist er hervorgegangen, doch darf man heute den biologischen Mechanismus nicht mehr mit dem Materialismus identifizieren. Der besonnene biologische Mechanist wird sich davor hüten, das Seelische zu leugnen oder zu einem wesenlosen Schein zu stempeln; er läßt seelische und körperliche Vorgänge nebeneinander herlaufen — parallelistische Auffassung —, ohne, daß sie in wechselseitigen Wirkungszusammenhängen stehen. Der Psychovitalismus wieder bestreitet die physiko-chemischen Vorgänge nicht — aber er will ihnen prinzipielle Schranken setzen. So bei den Regulationsvorgängen im Körper, die er als unbewußt seelische Arbeit bezeichnet. Die Einwände der Mechanisten gehen im wesentlichen darauf zurück,



daß die seelischen und seelenartig vitalen Faktoren ihren Wesen nach Gesetzlosigkeit mit sich bringen müssen. Das ist aber ein Vorurteil, welches durch die aufblühende Psychologie immer mehr zurückgedrängt wird. Wir können zwar die seelischen Faktoren nicht prinzipiell messen, deshalb werden sie von den Mechanisten als mystisch angesehen — aber wie auch die Gedanken unserer Mitmenschen nicht wahrzunehmen, sondern nur zu erschließen sind, so auch die Seelenvorgänge.

Man sträubt sich gegen die Annahme seelischer Faktoren bei niederen Tieren und Pflanzen, indem man darauf verweist, daß das Seelische beim Menschen an die Großhirnrinde, jedenfalls an nervöse Organe gebunden sei.

Ob dies auch von allen unbewußt seelischen Faktoren bei Menschen und Tieren gilt, ist durchaus fraglich. Immer mehr gewinnt die Auffassung der sogenannten Mnemelehre, der Lehre, daß Gedächtnisleistung der belebten Substanz überall vorkommt, an Einfluß. Bezüglich der zweckmäßigen Handlungen, die wir erlernen können, ist das Gedächtnis von grundlegender Bedeutung. Das Gedächtnis hält erfolgreiche Bewegungen zur Beseitigung von störenden Reizen fest; diese Bewegungen können nach hinreichenden Wiederholungen sofort eintreten, wenn der Reiz sich erneuert. So entsteht eine zweckmäßige Handlung durch Auswahl aus allerhand ziellosen Probierbewegungen. Und wie das Lebewesen als Ganzes zweckmäßige Reaktionen und Regulationen lernt, so auch das einzellige Lebewesen. Die Bauchspeicheldrüse z. B. lernt allmählich ihre Sekretion der Nahrung anzupassen (funktionelle Anpassungen). Redner schließt mit dem Satz: „Die uralte psychovitalistische Ansicht besteht als eine beachtenswerte Hypothese; freilich auch nur als eine Hypothese, die weitere Begründung und Begrenzung erfordert. Daneben hält er mechanistische Erklärungsversuche für berechtigt.

Graf Arco-Berlin: „Über drahtlose Telegraphie“. Der Vortragende erläutert zunächst in großer Allgemeinheit die Wirkungsweise einer drahtlosen Anlage an Hand eines im Saal aufgestellten Modellapparates. Hierbei bespricht er die vielfachen Energieverwandlungen in der Sende- und Empfangsstation und die Eigenarten des Fortschreitens und der Ausbreitung der elektromagnetischen Energie durch bezw. im Raum.

Beim Eingehen auf die modernen Erzeugungsarten der hochfrequenten elektrischen Wechselströme beginnt er mit der Funkenmethode, ausgehend von der Braun'schen Sendeeinrichtung, die seit 1898 bis heute die in der drahtlosen Technik allgemein vorherrschende ist. Die Übelstände dieser Einrichtung, bestehend in geringer Ökonomie und Selektionsfähigkeit, wurden durch eine von Max Wien 1906 veröffentlichte Entdeckung behoben, auf Grund deren die Gesellschaft für drahtlose Telegraphie ihr neues, über die ganze Erde verbreitetes System der tönenden Löschfunkensender ausgearbeitet hat.

Neben der von Telefunken entwickelten Wien'schen Löschfunkenstrecke kommt noch Markoni's rotierende Funkenstrecke in Betracht, welche sich besonders auf seinen beiden transatlantischen Stationen gut bewährt.

Die letzte Verbesserung des Wien'schen Verfahrens ist die sogenannte Hilfszündung, eine Erfindung des Oberingenieurs A. Meißner, welche besondere Vorzüge bezüglich der sehr erleichterten Herstellung eines reinen Tones bringt. Diese Erfindung gewährt den weiteren



Vorteil, daß die Erzeugung sehr vieler Töne zum ersten Male in ökonomischer Weise ermöglicht ist, Töne, die schnell hintereinander betätigt, die Übertragung von akkordähnlichen, akustischen Signalen gestatten.

Der Vortragende zeigt dann bei sehr langen elektrischen Wellen mit hoher Funkenzahl den Übergang zwischen Funken- und Lichtbogenerzeugung, zwischen gedämpften und ungedämpften Wellen und richtet hierbei die Anregung an die Vertreter der physikalischen Wissenschaft, diese Grenze aus der Arbeitsweise der Erreger zu definieren, da das bisherige Fehlen eines allgemein anerkannten Kriteriums zu vielen Unzuträglichkeiten führe.

Schließlich werden die Hochfrequenzmaschinen, welche durch die Notwendigkeit langer Wellen und sehr großer elektrischer Energie für die Überbrückung von sehr großen Entfernungen bei Tage als ev. vorteilhaft erscheinen können, behandelt und zwar sowohl diejenigen zur direkten Erzeugung nach Fessenden wie die mit indirekter nach Goldschmidt und Telefunken. Bei der Goldschmidt-Methode wird eine relativ niedrige Maschinengrundperiode mehrstufig in der Maschine selber bis zur gewünschten höheren Nutzperiode — bei der neueren Telefunken dagegen außerhalb der Maschine in besonderen, ruhenden Transformatoren gesteigert. Die Telefunken-Methode führt zu einfacheren Maschinen-Generatoren mit geringeren elektrischen und maschinellen Beanspruchungen und gewährt auch die Möglichkeit, in den Transformatoren stets die für die vorhandene Periode günstigsten Eisen- und sonstigen Verhältnisse zu wählen.

In der zweiten allgemeinen Versammlung am Freitag den 20. September sprachen dann:

W. Nernst-Berlin: „Zur neueren Entwicklung der Thermodynamik".

Die sogenannte klassische Thermodynamik besteht aus zwei Hauptsätzen, 1. dem Gesetz von der Erhaltung der Energie und 2. dem Satz, der die Umwandlung von Wärme in äußere Arbeit behandelt. Diese beiden Naturgesetze sind wohl die allgemeinsten, die wir überhaupt besitzen, sie sind mit Erfolg in den verschiedensten chemischen und physikalischen Laboratorien und auch auf kosmische Erscheinungen angewendet worden und man bezweifelt wohl auch nicht, daß die Vorgänge in tierischen und pflanzlichen Organismen ihnen unterworfen sind. Im Gegensatz zu allen übrigen Naturgesetzen nehmen wir ihre Gültigkeit als unbeschränkt an, alle übrigen Naturgesetze gelten nur für ideale Grenzfälle, die streng genommen in der Natur nicht vorkommen. Die beiden Hauptsätze der Thermodynamik werden also als Naturgesetze besonderer Art angesehen, Um so dringlicher und um so wichtiger erscheint daher die Frage, ob sie das Verhältnis der Wärme zu den anderen Energieformeln bereits vollständig erschöpfen oder nicht noch neue Beziehungen vorhanden sind.

Den älteren Thermodynamikern wie Carnot, Helmholtz, Lord Kelvin, Clausius usw. waren die Erscheinungen der Radioaktivität und die neueren Untersuchungen über die spezifische Wärme noch vollständig fremd. Die Entdeckung des radioaktiven Zerfalls der Elemente aber hat uns mit Energiequellen von einer Mächtigkeit bekannt gemacht, von denen man früher keine Vorstellung hatte. Nimmt man an, daß alle Elemente des radioaktiven Zerfalls fähig sind, so kommt man zu dem Ergebnis, daß innerhalb der Atome aller Elemente Energie-



vorräte aufgespeichert sind, im Vergleich zu denen die kinetische Energie der Atome und der damit in Verbindung stehenden potenziellen Energie, wie auch etwaige chemische Energien verschwindend klein sind.

Ein zweites auffallendes Moment bieten die radioaktiven Erscheinungen dem Thermodynamiker dadurch, daß sie nicht umkehrbar sind, nicht im entgegengesetzten Sinne verlaufen können. Deshalb steht ihnen der zweite Hauptsatz, der ja nur auf umkehrbare Prozesse anwendbar ist, zunächst machtlos gegenüber, wenigstens in bezug auf ihre quantitative Behandlung.

Aber vielleicht können die Erscheinungen der Radioaktivität in eine andere richtige Beziehung zu den Konsequenzen des zweiten Hauptsatzes gesetzt werden. Dieser führt bekanntlich in seiner Anwendung auf das Weltall zu der Konsequenz, daß bei allen Naturvorgängen ein mehr oder minder großer Betrag von Arbeit in Wärme, d. h. also, in degradierte Energie umsetzt, — daß also Spannkräfte, die noch Arbeit leisten können, allmählich verschwinden und somit alle sichtbare Bewegung im Weltall schließlich aufhören müßte. Wenn nun auch die in den Atomen aufgespeicherten Energiemengen durch die Erscheinungen des radioaktiven Verfalls einen früher ungeahnten Zuwachs an Arbeitsfähigkeit im Universum bedeuten, so kann dadurch doch der sogenannte Wärmetod des Weltalls zwar hinausgeschoben, aber sein schließliches Eintreten nicht verhindert werden. Eine Rettung scheint nur möglich, wenn wir einen dem radioaktiven Zerfall entgegenwirkenden Prozeß annehmen, indem wir uns vorstellen, daß zwar die Atome der Elemente sich im Laufe der Zeit vollständig in eine Ursubstanz auflösen, daß aber in dieser alle möglichen Konstellationen, selbst solche unwahrscheinlichster Art, vorkommen können und daß auf diesem Wege ein Atom irgendeines Elementes von Zeit zu Zeit sich rückbildet.

Was nun die zweite Reihe neuer Erfahrungen betrifft, das ist die spezifische Wärme oder mit anderen Worten, der Energieinhalt der Materie, so wird entgegen den Forderungen der kinetischen Theorie der Materie, aber in Einklang mit den Konsequenzen aus der Plankschen Strahlungstheorie, die spezifische Wärme bereits vor Erreichung des absoluten Nullpunktes verschwindend klein. Es ist aus der Spektralanalyse seit langem bekannt, daß Gase, ganz besonders aber der Eisendampf, der wohl den Hauptbestandteil der Sonne bildet, bei sehr hohen Temperaturen ein kompliziertes Spektrum aufweisen. Es muß also umgekehrt bei hohen Temperaturen jede neue Schwingungsmöglichkeit im Atom, die ja durch das Komplizierterwerden des Spektrums bewiesen wird, einen Beitrag zur spezifischen Wärme liefern. Darnach würde die langsame Abkühlung der Sonne erklärt.

Die chemischen Reaktionen sind oft mit sehr großen Änderungen der chemischen Energie verbunden. Wie ist also die Affinität einer Reaktion mit der Wärmeentwicklung verbunden? Nach Berthelot strebt jede chemische Umwandlung, die sich ohne die Zwischenkunft eines fremden Energie vollzieht, nach Erzeugung desjenigen Stoffes, der die meiste Wärme entwickelt. Darnach wäre die Affinität einfach mit der Wärmeentwicklung zu identifizieren. Das ist aber keineswegs immer der Fall. Der zweite Hauptsatz ergibt vielmehr, daß dies nur richtig ist, wenn die Affinität von der Temperatur unabhängig ist. Die vielen Ausnahmen entgingen auch Berthelot nicht, aber seine Regel

trifft doch gar zu häufig zu, um absolut falsch zu sein. Es hat sich tatsächlich gezeigt, daß die Gesetzmäßigkeiten, die immer wieder Berthelots Scharfblick auf sich lenkten, Spezialfälle eines viel allgemeineren Satzes sind, in dem die Affinität bei tiefen Temperaturen schon vor dem absoluten Nullpunkt unabhängig von der Temperatur wird. Dieser neue Satz, der sich den beiden älteren Hauptsätzen der Wärmetheorie an die Seite stellt, führt zu einer großen Anzahl von Konsequenzen, die einer experimentellen Prüfung zugänglich sind und sich dabei stets bewahrheitet haben. Die nunmehr bekannten Wärmesätze lassen sich also etwa in folgende Thesen fassen:

1. Es ist unmöglich, eine Maschine, die fortwährend Wärme oder äußere Arbeit aus nichts schafft, zu bauen.
2. Es ist unmöglich, eine Maschine zu konstruieren, die fortdauernd die Wärme der Umgebung in äußere Arbeit verwandelt.
3. Es ist unmöglich, eine Vorrichtung zu ersinnen, durch die ein Körper völlig der Wärme beraubt, das heißt bis zum absoluten Nullpunkt abgekühlt werden kann.

Eine Schwierigkeit ergibt sich für die Anwendung des neuen Wärmesatzes bei Gasen, doch liegt hier wohl nicht eine Lücke in der Anwendung des neuen Wärmesatzes vor, sondern eine solche unserer Anschauung über das Wesen des Gaszustandes bei sehr vielen Temperaturen.

Sarasin-Basel: „Über den gegenwärtigen Stand des Weltnaturschutzes."

Redner kann seine Absicht, einen Überblick über das Gesamtgebiet des internationalen Naturschutzes zu geben, bei der ihm zur Verfügung stehenden Zeit nicht ausführen und benutzt nun die Gelegenheit, auf die größte Wunde, welche dem Naturschutz geschlagen wird, nämlich auf den Todeskampf der gesamten Wal- und Robbenfauna hinzuweisen.

Bereits 1909 hat Redner einen Protest erlassen gegen die auf Anregung des norwegischen Polarforschers Otto Sverdrup geplante Gesellschaft, die den Walfischfang in großem Stile betreiben wollte. Dieser Appell hatte nur den Erfolg, daß die inzwischen gegründete Gesellschaft ihre Bemühungen verdoppelte und daß neue Gesellschaften entstanden. Die Swerdrup'sche Erfindung der schwimmenden Trankochereien wurde allgemein ins Werk gesetzt und zur Beschleunigung der Bergung der Beute und damit zur Vernichtung der Walfauna herangezogen. Laut Bericht der Gesellschaften wurden im Jahre 1910 allein 10 000 Wale vernichtet, so daß die gänzliche Ausrottung dieser interessanten Meersäugetiere entweder schon eingetreten ist, oder nahe bevorsteht. Ein Bedürfnis für die enorme Trangewinnung besteht nicht. In ähnlicher Weise ist die Vernichtung der Robben im Gange, von denen im Jahre 1910 rund eine halbe Million der Vernichtung anheimgefallen sind, wobei für die Seehundvernichtung sogar noch Prämien bezahlt wurden.

Auch auf andere Tiere erstreckt sich der nordische Ausrottungskrieg. So zählt der Fangbericht für 1910 an anderem arktischen Wild auf: 228 Renntiere, 247 Blau- und Weißfüchse, 398 tote und 28 lebende Eisbären, 4 lebende Moschusochsen und endlich 2094 Kilogramm Eiderdaunen. Redner verlangt ein Eingreifen im Interesse des Weltnaturschutzes. Er hält den Weg der internationalen Vereinbarung und Schaffung internationaler Gesetze für das Weltmeer deswegen nicht für empfehlenswert, weil die internationalen Vereinbarungen, besonders wenn



alle maßgebenden Nationen daran beteiligt sind, zu ihrem Zustandekommen einer zu langen Zeit bedürfen und Eile nottut. Er schlägt daher einen Appell an die deutsche Großmacht vor, sie möge unverweilt mit den anderen Großmächten eine Vereinbarung zum Schutze der Wale und Robben, sowie der arktischen und antarktischen Fauna überhaupt, ins Werk setzen. Er schlägt die Schaffung einer arktischen und antarktischen Schonzone vor, da absolute Schutzgebiete die sichersten Asyle für die mit Ausrottung bedrohte Tierwelt sind.

Küttner-Berlin: „Moderne Kriegschirurgie".

Der Kardinalunterschied der Kriegschirurgie gegenüber der praktischen Chirurgie liegt einmal in den äußeren Schwierigkeiten, welche sich der ärztlichen Tätigkeit entgegenstellen und zum anderen in der übergroßen Zahl der gleichzeitig zur Beobachtung und Behandlung kommenden Verletzungen. Man vergegenwärtige sich nur den Hauptverbandplatz während einer großen Schlacht.

Wenn man heute von einer modernen Kriegschirurgie sprechen kann, so liegt der Hauptunterschied zwischen einst und jetzt darin, daß die Kriegsheilkunde, wie die Chirurgie überhaupt, in kurzem Zeitraum ihren Charakter vollkommen geändert hat — und zwar verdankt sie gleich jener ihre hauptsächlichste Förderung der Vertiefung unserer theoretischen Erkenntnis und der rationellen Anwendung des antiseptischen Prinzips. Neben diesen beiden Faktoren ist die Änderung der gebräuchlichen Kriegsmittel zu nennen. Als Beispiel nennt Redner die einst mit Eiterungen und Todesfällen oder Verlusten der Extremitäten einhergehenden Schußsplitterbrüche, die heute fast sämtlich ohne Eiterung heilen. Dabei spielen die Geschosse nur eine Zufallsrolle — denn wenn auch einzelne Geschosse gegen früher einen anderen anatomischen Schußkanal mit geringeren Deformitäten und damit vielleicht mit besseren Heilungsbedingungen zeitigen, so verlangt doch der strategische Erfolg eine außergefechtssetzende Wirkung der Geschosse — also nur kriegstechnsiche, nicht humanitäre Gesichtspunkte, haben diesen Fortschritt im ärztlichen Sinne herbeigeführt. Das Experiment — Schießversuche zahlreicher Chirurgen sowie der Medizinalabteilung des Preußischen Kriegsministeriums — hat die moderne Kriegschirurgie sehr gefördert und die Entdeckung der Röntgenstrahlen hat auch dem Studium der Kriegsverletzungen — Schußfrakturen, Sitz des Geschosses — eine unerwartet große Hilfe gebracht. Der Röntgenapparat darf also im Rüstzeug der modernen Kriegschirurgie nicht mehr fehlen.

Doch das Entscheidende gegenüber einst ist die Übertragung des rationellen antiseptischen Prinzips auf die Kriegschirurgie. Dadurch ist die Kriegschirurgie konservativer und operativ zurückhaltender geworden — besonders seitdem Bergmann gelehrt hat, daß eine Schußwunde trotz der Keime nicht als infektiös zu betrachten ist.

Einen großen Fortschritt gegen einst bildet das Verbandpäckchen, das jeder Soldat bei sich trägt, und das eine sofortige antiseptische Wundbehandlung ermöglicht. Das steckengebliebene Geschoß zu entfernen, ist heute nicht mehr unter allen Umständen die Regel — nur dann, wenn es die Infektion verlangt.

Bei Knochen- und Gelenkschüssen sind von Wichtigkeit eine sofortige Immobilisierung, die uns die Antisepsis erlaubt — dadurch werden Resektionen und Amputationen viel seltener. Zur Ruhigstellung ist der Gipsverband der empfehlenswerteste Verband.



Zum Schluß streift Redner die Chirurgie des Seekrieges und die Gefahren, die einmal dadurch entstehen, daß auch ohne Verlust des ganzen Schiffes das Sanitätspersonal in einer Weise ausgeschaltet werden kann, wie dies im Landkrieg undenkbar ist. So traf während des russisch-japanischen Feldzuges eine Granate das japanische Kriegsschiff „Hiyei" und krepierte im Hauptverbandplatz. Beide Ärzte des Schiffes, die Mehrzahl der Lazarettgehilfen und Krankenpfleger wurden augenblicklich getötet, die übrigen schwer verletzt. Der gesamte medizinische Apparat war zerstört, das Instrumentarium herumgeschleudert, verbogen, zerbrochen. Eine weitere Besonderheit des Seekampfes liegt darin, daß sich eine unverhältnismäßig hohe Zahl schwerster Verwundungen auf engsten Raum und kürzeste Zeit zusammendrängt. Auch die Art der Verwundungen in der Seeschlacht trägt besonderen Charakter. Allen diesen Eigenarten hat sich der Sanitätsdienst an Bord des Schiffes anzupassen.

In der Gesamtsitzung beider Hauptgruppen am Donnerstag, den 19. September 1912 redeten:

C. Correns-Münster und R. Goldschmidt-München: „Über Vererbung und Bestimmung des Geschlechtes."

C. Correns: „Bub oder Mädel", ist eine der Hauptfragen der Physiologie. Schon im 17. Jahrhundert gab es 262 Theorien der Geschlechtsbestimmung und seither sind viele neue Hypothesen hinzugekommen. Wenn man nun auch in der Kenntnis über diese Frage gerade in der letzten Zeit Fortschritte gemacht hat — so z. B. durch die Kenntnis von der Zellteilung und der experimentellen Mendel'schen Vererbungslehre — so sind doch nach wie vor die Chancen sehr gering, daß wir die Geschlechtsbestimmung beim Menschen jemals wirklich in die Hand bekommen werden.

Als Vertreter der Botanik berichtet Redner dann über experimentelle Untersuchungen, die mit Pflanzen gemacht worden sind. Im Pflanzenreich bestehen mannigfache Zwischenstufen — Zwitter — zwischen männlichem und weiblichem Geschlecht. Die Bestimmung des Geschlechtes kann nun 1. schon in der Keimzelle liegen, 2. kann die Bestimmung bei der Vereinigung stattfinden und 3. liegt die Möglichkeit vor, daß das Geschlecht erst bei der Entwicklung zum Embryo zustande kommt. Nach Annahme des Redners müssen mehrere Faktoren zusammenwirken — eine der genannten Möglichkeiten allein kann nicht maßgebend sein.

Jedes Geschlecht trägt latente Merkmale des anderen Geschlechtes in sich, die, wie z. B. der Kamm bei alten Hennen, zuweilen hervortreten.

In erblicher Anlage nehmen wir Gleichberechtigung beider Geschlechter an. Einen Einfluß auf das werdende Individuum — wie z. B. durch die Nahrung (Schenk'sche Theorie) hält Redner für ausgeschlossen. Sowohl Spermatozoen wie die weiblichen Eizellen enthalten — wie experimentell nachgewiesen — männliche und weibliche Anlage —; z. B. kann der Stier Einfluß auf den Milchertrag der Nachkommenschaft, der Hahn auf das Eierlegen ausüben. Eine Rolle spielt die geschlechtliche Tendenz der Keimzellen. Wir haben Keimzellen, die nur ein Geschlecht, und solche, die beide Geschlechter hervorbringen. Ob diese Tendenz unwiderleglich festgelegt ist, diese Frage ist experimentell noch nicht sicher entschieden; nicht in der Keimzelle



des einen der Eltern ist sie festgelegt, sondern in der beider Eltern. Redner hat weißblütige und rotblütige Erbsen gepaart, die Paarung ergibt einen Bastard. Wird dieser wieder mit einer weißblütigen gepaart, so ergibt die Paarung zur Hälfte nur weißblühende, zur anderen Hälfte nur rotblühende. Wird die letztere Pflanze wieder mit einer weißblühenden gepaart, so kommt wiederum ein Bastard zustande.

Sodann spricht Redner über seine Versuche, die er mit Paarungen von Bryonia divica und alba gemacht hat mit dem Ergebnis, daß die Keimzellen nicht systematisch die gleiche geschlechtliche Tendenz zeigen.

Die Resultate der Forschungen der letzten Jahre faßt er zusammen: „Schon die Keimzellen besitzen eine bestimmte sexuelle Tendenz und zwar enthält eine Keimzelle die sexuelle Tendenz nur für ihr Geschlecht, die andere für beide Geschlechter. Die Geschlechtsbestimmung ist ein komplizierter Vorgang, der in mehrere Phasen zerfällt; sie hängt ab von der Stärke der zusammenfallenden Tendenzen — männlich oder weiblich bestimmt der Zufall.

Goldschmidt-München bespricht sodann die zelluläre Seite des Problems, die Zellforschung unter dem Mikroskop und belebt seinen Vortrag mit zahlreichen Demonstrationen. Man darf wohl sagen, daß die Zellenlehre den Mechanismus der Geschlechtsvererbung wirklich aufgeklärt hat. Der Ton liegt dabei auf „Vererbung", nicht etwa gelte das gleiche für die „Geschlechtsbestimmung". Für die Geschlechtsbestimmung müssen wir die Kräfte verantwortlich machen, die wir als die übergeordneten Faktoren bezeichnen können. Was diese sind, wissen wir nicht, und wir können wohl sagen, daß, obwohl auch in dieser Richtung schon Versuche vorliegen, die Zellenlehre diesen Punkt wohl nie wird lösen können. Seine Aufhellung dürfte ausschließlich der experimentellen Biologie zufallen und zwar, wie der Vortragende glaubt, im Verein mit der Chemie und der Serologie.

Straub-Freiburg: „Über die Bedeutung der Zellmembran für die Wirkung chemischer Substanzen."

Redner legt dar, wie durch wirksame chemische Sto fe die Funktionen des vielzelligen, also auch des menschlichen, Organismus gefördert, gelähmt oder vernichtet werden können und erläutert dann eingehend den Begriff der Membran. Er unterscheidet Membran erster, zweiter und dritter Ordnung. Membranen erster Ordnung sind die Grenzen, die zwei sich netzende, aber nicht mischende Flüssigkeiten bei gegenseitiger Berührung trennen. Sie sind nach bekannten physikalischen Gesetzen der Sitz von Kräften der Oberflächenenergie —; als Beispiel wird der in einer wässerigen Flüssigkeit schwebende Öltropfen herangezogen. Membranen zweiter Ordnung sind solche, die aus dem gelösten Stoff an Oberflächen unter einer im niedrigsten Grade reversiblen Denaturierung entstehen. Sie haben physiko-chemische Funktionen. Die Membranen dritter Ordnung, die Zellmembranen der Metazoen-Zelle, sind viel höher entwickelte Gebilde; sie sind chemisch nicht mehr einheitlich, sondern stellen Emulsionen dar. Der Vortragende bespricht dann eine Reihe von Fällen, in denen eine Membranfunktion nur mittelbar nachweisbar ist, um dann zu Membranänderungen zu kommen.

Im Anschluß an diese mehr theoretischen Betrachtungen bespricht dann der Vortragende die Schaffung künstlich hergestellter spezifisch wirkender Heilmittel. Unser Arzneischatz, seine Verwaltung und sein



Wachstum gehen unaufhaltsam einer Industrialisierung entgegen und es ist daher angezeigt, sich zu fragen, inwieweit diese moderne Schaffung von Arzneimitteln rationell ist und sein kann. Redner kommt zu dem Schluß, daß eine rationelle Synthese spezifischer Arzneimittel zur Zeit nicht möglich ist, weil die Zellmembran uns rationell unlösbare Aufgaben stellt.

In der ersten Gesamtsitzung der medizinischen Hauptgruppe Dienstag, den 17. September wurde über die Fortschritte der Serumtherapie gesprochen.

P. Th. Müller-Graz: „Über die neueren Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Serumtherapie."

Die experimentelle Serumforschung der letzten Jahre hat eine Fülle wichtiger Tatsachen und neuer Gesichtspunkte zutage gefördert, die für die serotherapeutischen Bestrebungen von richtunggebender Bedeutung sein dürften. Bei der Herstellung von Sera sind sowohl die Schutzkörper wie auch die Antikörper zu berücksichtigen, da beide in der Therapie eine Rolle spielen.

Die aktive Immunisierung gegen Endotoxine kommt nicht zustande durch Antitoxinsera (Pfeiffer), — darum hat man sich neben der Antitoxinserumbehandlung auch der antibakteriellen Schutzstoffbehandlung zugewandt. So hat z. B. die Entdeckung Conradi's über Ausscheidung von Diphtheriebazillen durch den Harn dazu geführt, auch bei Diyhtherie nicht nur Antitoxin, sondern auch die Antibakterientherapie anzuwenden.

Unter antiaggressiven Immunsera verstehen wir solche Sera, die weder antitoxische noch antibakterizide Wirkung entfalten, wie z. B. das Milzbrandimmunserum. Ob die Bezeichnung zurecht besteht, erscheint fraglich.

Einige Sera, die im Reagenzglas und beim Tierversuch wirksam sind, versagen beim Menschen am Krankenbett — der Grund liegt in der verschiedenen Wesensart des gleichen Bazillus (z. B. des Pneumokokkus); deshalb hat man Immunsera hergestellt, die durch Mischung auf die verschiedenen Arten Rücksicht nehmen.

Eine wesentliche Rolle in der Therapie spielen: die Zeit, wann das Serum einverleibt wird, die Art der Einverleibung und die Dosierung.

Die Zeit der Einverleibung muß sich individuell nach dem Charakter und dem Wesen der Krankheit richten, eine einheitliche Richtschnur ist schwer zu geben. Da das Serum überall im Körper eine gewisse Menge der Konzentration zwecks Wirksamkeit erreichen muß, so wird man die Dosen daher in Beziehung zum Körpergewicht stellen müssen. Da diese Verteilung der Konzentration bei intravenöser Einverleibung nicht wesentlich sicherer erreicht wird als durch intramuskuläre Applikation, da außerdem der intravenösen Injektion oft praktische Schwierigkeiten entgegenstehen, so empfiehlt Redner die intramuskuläre Einverleibung, die er der subkutanen weit voranstellt.

Rücksicht zu nehmen ist ferner auf die Herabsetzung der Giftigkeit der Sera — solange wir keine eiweißfreien Antikörper herstellen können, solange wird man auch keine ungiftigen Sera anwenden können. Einstweilen hat man versucht, diese Giftigkeit durch zwei Modifikationen herabzumindern; indem man einmal den Weg der Gewinnung leichterer prophylaktischer Sera einschlug und indem man kurze Vorinjektionen vor der Hauptinjektion, bezw. langsam einschleichende Injektionen machte. Vielleicht geben uns die Fortschritte, welche die Lehre von



der Anaphylaxie in den letzten Jahren zu verzeichnen hat, Mittel an die Hand, die üblichen Nebenwirkungen der Serumtherapie mit immer steigender Sicherheit zu vermeiden.

Rolly-Leipzig: „Über die Nutzanwendung der neueren Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Serumtherapie in der Praxis."

Die Serumtherapie wird heute bei vielen Krankheiten empfohlen; ziemlich allgemein angewendet wird sie bei der Diphtherie. Die Gegner dieser Therapie machen für den Erfolg, soweit er sich statistisch feststellen läßt, die beiden Umstände verantwortlich, daß die Diphtherie z. Z. leichter auftritt und daß heute sehr viele leichtere Fälle in Behandlung kommen als früher. Der Beweis für die gegnerische Behauptung, daß die Diphtherie ohne Serumbehandlung ebenso gut verlaufe, ist bis jetzt nicht erbracht. Allerdings darf ein Vergleich zwischen der Vor- und Nachserumperiode nicht der allein maßgebende sein, da nach vergleichenden Untersuchungen Rollys die Epidemien sehr verschieden verlaufen. Jedenfalls ist noch manches klarzustellen, ehe die Forderung mancher Autoren nach obligatorischer Impfung nachgegeben werden kann.

Dosierung und Applikation sind nicht zu schematisieren; sie müssen sich jeweilig nach dem Stande der Krankheit, nach den Komplikationen usw. richten. Bislang kam dem Diphtherieserum nur eine Antitoxinwirkung zu — neuerdings hat man eine Modifikation mit auch antibakterizide Wirkung hergestellt.

Schädigungen der Nieren hat Redner nie gesehen, wohl aber Serumschädigungen, die bei dem prophylaktischen, vom Hammel gewonnenen Serum sowie bei einschleichender Injektion auszubleiben scheinen.

Der Heileffekt des Tetanusserum beim Menschen ist sehr beschränkt. Intrazerebrale Injektionen sind einmal wegen der Gefährlichkeit, dann wegen der mangelnden Erfolge wieder verlassen. Intralumbale und intravenöse Injektionen werden empfohlen. Wenn die Inkubationszeit beim Menschen über 14 Tage beträgt, so ist die Prognose günstig, wenn jedoch nur 8 Tage, so ist sie selbst mit Serum infaust. Bei verdächtigen Wunden ist Tetanusantitoxinsalbe als Prophylaktikum empfohlen. Von 12 Fällen, die in der Leipziger Klinik mit Serum behandelt wurden, sind 9 gestorben. Die drei Überlebenden haben nach Ansicht des Vortragenden ihr Leben dem Serum kaum zu verdanken. Schlangenbißserum ist nur 4 Stunden nach dem Biß wirksam, die Heuschnupfenserumwirkung ist zweifelhaft. Bei Streptokokkeninfektion wirkt das Streptokokkenserum nach Angabe verschiedener Autoren nicht gleichmäßig — es herrscht keine Übereinstimmung bei den Klinikern. Nach seinen eigenen Erfahrungen, nach denen von 21 mit Serum behandelten 15 gestorben sind, hat das Serum keinen Einfluß.

Ein Gelenkrheumatismusserum, das empfohlen wurde, hält Redner für überflüssig. Bei Skarlatina ist die Streptokokkenserumtherapie empfohlen — es ist sehr fraglich, ob ihr eine Wirkung zuzuschreiben ist. Ebenso ist ein definitives Urteil über eine etwaige prophylaktische Wirkung des Streptokokkenserums bei großen Operationen, Geburten usw. noch nicht zu fällen.

Die Pneumokokkenserumbehandlung hat sehr widersprechende Urteile gezeitigt. Bei epidemischer Genickstarre sind 4 Sera empfohlen, die Resultate sind unbestimmt und durchaus nicht übereinstimmend, ebenso wie beim Dysenterieserum. Bei der Typhusserumbehandlung



gehen die Ansichten auseinander, ob Antitoxin- oder antibakterizide Serumbehandlung am Platze ist. — Die Erfolge sind anscheinend spärlich und gewähren keinen Schutz vor Komplikationen. Ähnlich liegen die Verhältnisse beim Choleraserum.

Über die Tuberkulosesera lauten die Erfolge im großen und ganzen nicht sehr ermutigend — das Milzbrandserum wird nur bei lokalen, nicht bei allgemeinen Erscheinungen angewandt, die Urteile widersprechen sich.

Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie u. path. Anatomie.

Amerling, K. u. Prusik, B., Der Einfuß gewisser Substanzen auf die Sedimentierung der Erythrozyten. (Časopis lékařův českých. 1912, Nr. 13.)

Die Schnelligkeit der Sedimentierung der roten Blutkörperchen ist bei manchen Tieren und beim Menschen unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen verschieden. Sie schwankt bei ein und demselben Individuum in weiten Grenzen. Defibriniertes Blut sedimentiert langsamer als ein mit gerinnungshemmenden Substanzen versetztes Blut; nach Zusatz von A-Tuberkulin, Bouillon, Glyzerin nimmt sie zumeist zu, nur selten (Kaninchen) ab; dort, wo sie zunimmt, kommt es gleichzeitig zu einer Agglutination der Erythrozyten zu Gruppen, deren Größe von einer Kette bis zu makroskopisch sichtbaren Haufen schwankt. Es scheint, daß die Intensität der Agglutination zur Schnelligkeit der Sedimentierung, eventuell zu deren Beschleunigung in einem bestimmten Verhältnisse steht. G. Mühlstein-Prag.

Bakteriologie und Serologie.

Thierry (Paris), **Zur Frage des Tetanus-Serums.** (Société de chirurgie. 17. April 1912.)

Vom Tetanusserum ist es ziemlich still geworden. Dem geschlagenen Feinde sendet Thierry noch einige Kugeln nach, indem er von einer Enquête über die in Pariser Krankenhäuser eingelieferten Verwundeten berichtet. Die Mehrzahl hatte keine präventiven Serum-Injektionen erhalten und doch keinen Tetanus bekommen. Also — schließt er — kann man diesen Injektionen keinerlei Wirkung zuschreiben.

Buttersack-Berlin.

Auf welche Weise Quarantäne-Stationen wirken können, erhellt aus einem Bericht der Cholera-Überwachungskommission, welche zwischen Algier und Tunis tätig ist. Wir sind natürlich — heißt es da — außer Stande, auch nur einen einzigen gesunden Keimträger festzuhalten. Aber die Scheu vor den Formalitäten und Unbequemlichkeiten der Revision hält alle diejenigen ab, eine Reise zu unternehmen, für die nicht eine dringende Notwendigkeit vorliegt. Auf diese Weise wird die Zahl der Reisenden verringert, und damit die Gefahr der Seuchen-Verschleppung. Probatum est.

Die Methode des Verleidens, des Verekelns verdient in administrativen Kreisen offenbar noch weiteren Ausbau. Schließlich gibt ja immer der Klügere nach. Buttersack-Berlin.



Sieber, E., Der Einfluß der Kopfhaltung auf die Pulswelle (der Art radialis). (Časopis lékařuo českých. 1912, Nr. 13.)

Bei der Beugung des Kopfes nach hinten werden die Halsmuskeln und -faszien gespannt, wodurch die Gefäßlumina komprimiert werden und der Widerstand für den Blutdruck wächst. Daher bildet der anakrotische Teil der Pulswelle einen gegen die vorangehende Welle konvexen Bogen. Bei Flexion des Kopfes nach vorn entfällt der Widerstand für den Blutdruck, der anakrotische Teil steigt geradlinig empor. Aus denselben Gründen sind die Elevationen des katakrotischen Teiles der Pulswelle bei nach rückwärts gebeugtem Kopfe nicht in demselben Maße entwickelt wie bei nach vorn gebeugtem Kopfe. G. Mühlstein-Prag.

Kraus, V., Die Bedeutung des Fiebers bei den Phthisikern. (Časopis lékařuo českých. 1912, Nr. 10.)

Bei manchen Phthisikern tritt zugleich mit der Hämoptoë oder 1—2 Tage nach dem Aufhören derselben ein rasch ansteigendes, einige Tage dauerndes und kritisch abfallendes Fieber ein, nach dessen Ablauf im Befinden des Kranken eine deutliche Besserung zu konstatieren ist. Mehrere Anzeichen (Fieberverlauf, Lungenbefund in 2 Fällen, Herpes bei einem Falle) deuten darauf hin, daß es sich um eine zirkumskripte Entzündung in der Lunge handelt, die durch den Bluterguß hervorgerufen sein dürfte. Der Autor erblickt in derselben ein Analogon der bei der Tuberkulintherapie in der Lunge auftretenden herdförmigen reaktiven Entzündung.

G. Mühlstein-Prag.

Sieber, E., Zur Prognose der tuberkulösen Peritonitis. (Časopis lékařuo českých. 1912, Nr. 12.)

Der Autor erblickt in der Distribution des Perkussionsschalles nach Thomayer und in der Leberzirrhose Momente, die für die Prognosestellung bei der tuberkulösen Peritonitis entscheidend sind. Die Distribution des Perkussionsschalles kommt dann zustande, wenn die Darmschlingen sich in der rechten Bauchhälfte befinden, während das Exsudat mehr die linke Hälfte okkupiert. Das Herüberziehen der Darmschlingen nach rechts ist eine Folge der Schrumpfung des Gekröses, seiner Wurzel und der nächsten Umgebung, entsteht also dann, wenn der tuberkulöse Prozeß lokalisiert ist, also nur in leichten Fällen. Ist jedoch das ganze Peritoneum erkrankt, dann ist der Schrumpfungsprozeß auf alle Eingeweide gleichmäßig verteilt, das Herüberziehen der Darmschlingen nach rechts bleibt aus; das Fehlen der Distribution des Perkussiansschalles kündigt daher einen schweren Fall an. — In schweren, hoch fieberhaften Fällen von spezifischer Peritonitis erkrankt auch die Leber, besonders wenn sie schon, wie gewöhnlich, durch Alkohol lädiert war; daher verschlechtert das Hinzutreten der Leberzirrhose zur Peritonitis bedeutend die Prognose. G. Mühlstein-Prag.

Gottstein, A. (Charlottenburg), **Einführung der Anzeigepflicht bei Erkrankungen an Lungen- und Kehlkopfstuberkulose.** (Halbmonatsschr. f. soz. Hyg. u. prakt. Medizin 1912, S. 223.)

In einer Denkschrift, die Gottstein im Auftrage des Magistrats von Charlottenburg behufs Vorlage beim Preußischen Städtetage ausgearbeitet hat, beleuchtet er unter Beibringung wissenschaftlichen Belegmaterials folgende Thesen: 1. die Tuberkulose als Volkskrankheit, 2. die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit, 3. die sozialen Faktoren der Tuberkuloseverbreitung, 4. die Leiter des Kampfes gegen die Volksseuche, 5. die Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose, 6. die Notwendigkeit der Einführung einer Anmeldefrist bei Erkrankungen an Tuberkulose, 7. die gegenwärtige Lage der gemeindlichen Tuberkulosebekämpfung. Die Denkschrift weist nach, daß der bisherige Kampf als wirkungslos bezeichnet werden muß, weil die so reichen verfügbaren Mittel nicht an der richtigen Stelle und zur rechten Zeit eingesetzt werden können. Veranlaßt ist dies dadurch, daß die im Entwurfe



zum preußischen Landesseuchengesetz vorgesehene Meldepflicht bei vorgeschrittener Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Desinfektionszwang beim Wohnungswechsel nicht Gesetzeskraft erlangt haben, indem vom Landtage allein bei Todesfällen die polizeiliche Meldung vorgeschrieben ist. Folge davon ist, daß die Fürsorgestellen zu spät von den Erkrankungsherden Kenntnis erhalten, wenn vielfach die Angehörigen des Verstorbenen bereits unrettbar verloren sind. Hier ist ein Wandel um so mehr erforderlich, als die zur Bekämpfung der Tuberkulose vorgesehenen Maßnahmen weder für den Kranken noch für die Angehörigen etwas Abschreckendes oder Verletzendes haben und gleichwohl von ihnen ein voller Erfolg zu erwarten ist. Die Denkschrift ersucht den Preußischen Städtetag für die Einführung einer Anmeldepflicht zu wirken und die geeigneten Schritte zu tun zum Erlasse eines Gesetzes, das den großstädtischen Gemeinden, die sich hierzu freiwillig bereit erklären, freigestellt werde, durch Ortsstatut die Anmeldepflicht einzuführen mit der Maßgabe, daß diese auch auf Erkrankungen an offener Tuberkulose der Lungen und des Kehlkopfes ausgedehnt wird, sobald solche zur Kenntnis des Arztes gelangt. H. Bischoff-Berlin.

Libevský, W., Die ersten Anfänge der atypischen Neubildung im Rectum und S-Romanum. (Časopis lékařuo českých. 1912, Nr. 1—5.)

Für die Erkennung des karzinomatösen Vorstadiums ist die Anwendung des Rektoromanoskops von größter Bedeutung, da man aus der Art der Insertion eines Polypen beurteilen kann, ob er gut- oder bösartig ist. Polypen mit dünnem Stiel reizen die ödenomatöse Wucherung nur am Scheitel; Stiel und benachbarte Mukosa besitzen ein normales Epithel. Hier genügt die einfache Abtragung des Polypen. — Polypen mit breitem Stiel reizen die ödenomatöse Wucherung nicht allein im Tumor selbst, sondern auch im Stiel und in der benachbarten Schleimhaut; daher muß diese mit entfernt werden. Tritt dennoch Rezidiv ein, dann ist die radikale Entfernung samt der Darmwand indiziert. G. Mühlstein-Prag.

Stadler, H. (Wiesbaden), **Meltzersche Insufflation bei Atemlähmung** (Therap. Monatsh. September 1912.)

Ein Fall von Atemlähmung eines Tabetikers, bei dem St. die tracheale Insufflation mit vollem Erfolge anwendete. St. nahm zuerst primäre Respirationslähmung an und führte während einer halben Stunde die künstliche Atmung durch Thoraxkompression aus. Der Zustand des Patienten hatte sich indessen eher verschlimmert, die spontane Atmung sistierte vollständig bei relativ guter Herztätigkeit. St. versuchte unter diesen Umständen die künstliche Lungenventilation durch die Sauerstoffinsufflation nach Meltzer. Ein Seidenkatheter mittlerer Dicke (Nr. 16) wurde unter Leitung des linken Zeigefingers durch den Kehlkopf bis zur Bifurkation eingeführt und durch einen Schlauch mit der Sauerstoffbombe verbunden, deren Reduzierventil vorher auf einen schwachen Ausfluß eingestellt worden war. Die Festhaltung des Katheters geschah durch einige Heftpflasterstreifen an den Wangen. Sowie der Sauerstoff in schwachem Strom in die Bronchien einströmte und mit blasendem Geräusch wieder aus dem Mund entwich, wechselte das Aussehen des Patienten in überraschender Weise: Die Haut wurde rosafarben und erwärmte sich innerhalb weniger Minuten. Nur der stillstehende Thorax ließ erkennen, daß es sich nicht um einen gesunden Schlafenden handelte. Dieser Zustand dauerte ungefähr $2^1/_2$ Stunden, dann setzten wieder spontane Atembewegungen ein und jetzt erwachte der Patient nach wenigen Minuten aus seiner Bewußtlosigkeit. Kurz vorher war es durch das unvermutete Ausgehen des Sauerstoffs noch zu einer schweren Asphyxie gekommen, so daß er bis zur Instandsetzung der neuen Bombe nochmals künstliche Atmung durchführen mußte. Der Patient hatte sich innerhalb weniger Stunden von dem Anfall vollständig erholt und wies in der Folge keinerlei bronchitische Erscheinungen auf. S. Leo.



Thomayer, J., Neue Beobachtungen bei Gicht. (Casopis lékařuo českých 1191, Nr. 2.)

Die Skiagramme der Hände und Füße eines Falles von typischer Gicht bei einem 45jährigen Schneider zeigten, daß es sich um eine Dekalzination und Absorption des Knochens, speziell der Epiphysen handelte. Da eine solche Strukturveränderung unmöglich von der Harnsäure bewirkt sein konnte und die Skiagramme eine auffallende Ähnlichkeit mit den Bildern bei Tabes dorsalis besaßen, glaubt Th., daß der Gedanke an einen Zusammenhang zwischen echter Gicht und Nervenkrankheiten nicht von der Hand zu weisen sei. G. Mühlstein-Prag.

Chirurgie und Orthopädie.

Arnd, C. (f. Rusca, Bern), **Zur Frage der Sterilisation der Gummihandschuhe.** (Therap. Monatsh. September 1912.)

Die Autoren verwenden seit 3 Jahren eine 5 prom. Schwefelsäurelösung zur Desinfektion der Gummihandschuhe, die nach Gebrauch bei einer Operation im fließenden Wasser abgebürstet und dann getrocknet werden. Sie werden jeweilen abends in die Lösung gelegt und nach ca. 10—12 Stunden wieder verwendet. S. Leo.

Melchior, E. (Breslau), **Ein Beitrag zur Kenntnis der isolierten Fracturen des tuberc. majus lumeri.** (Bruns Beitr. Bd. 75.)

In der Küttnerschen Klinik wurde die isolierte Fraktur 30 mal beobachtet (als Komplikation von Schulterluxationen bekanntlich recht häufig). Ursache: direkte Gewalt. Symptome: lokaler Schmerz, Versteifung. Diagnose ist nur durch das Röntgenbild möglich. Prognose ist davon abhängig, ob frühzeitig sachgemäße Therapie (Massage schon 3 Tage nach der Verletzung, aktive, passive Übungen, einen bis mehrere Monate hindurch) angewandt wird. Kurze Krankengeschichten und die dazu gehörigen Röntgenbilder in Pausen. Ewald-Hamburg.

Lenenberger (Basel), **Eine typische Form der traumatischen Lösung der unteren Tibiaepiphyse.** (Bruns Beitr. Bd. 77, Nr. 2.)

Fünf Fälle von Lösung der unteren Epiphyse der Tibia mit Absprengung eines mit der hinteren Epiphysenpartie in Zusammenhang gebliebenen typisch geformten Knochenstücks von der Hinterfläche der Tibiadiaphyse. Entstehung: Hyperflexion des Fußes (dreimal beim Ringen!). Die Frakturform, die natürlich nur während der Wachstumsperiode aquiriert werden kann, entspricht vielleicht der Meißnerschen Fraktur der Erwachsenen (Absprengung der unteren Gelenkfläche der Tibia). Ewald-Hamburg.

Ludloff, Zur Beurteilung der Calcaneusfraktur. (Bruns Beitr. Bd. 75, Nr. 1 u. 2.)

L. sucht nach objektiven Symptomen, die die eventuell geäußerten Beschwerden der Unfallleute mit Calcaneusbrüchen erklären können. Fast immer bleibt Wadenatrophie, Fersendeformität, Bewegungsbeschränkung. Auf den Röntgenbildern alter Calcaneusfrakturen sieht man jedoch noch im Falle wirklich vorhandener Schmerzen eine umschriebene Knochenatrophie im Tuber calcanei, verschieden groß, je nach der Ausdehnung der Schmerzen. — Bemerkungen über die Aufnahmetechnik. (Dorsoplantare Aufnahme des Calcanus von hinten her.) Ewald-Hamburg.

Bergemann, Zur Behandlung der Malleolarfrakturen. (Bruns Beiträge Bd. 71, Nr. 3.)

Langdauernde Ruhigstellung führt zu Steifigkeit des Sprunggelenks sowie zu schwerer Muskelatrophie und schützt trotzdem nicht vor später eintretender Deformität (Knickfuß). Deswegen soll nach Lexer die Korrektur durch Heftpflasterung erhalten werden. Ein eingeschalteter Gummizug, von

der Innenseite der Sohlen medial zum Unterschenkel ziehend, gestattet eine regulierbare Supinationshaltung des Fußes. Unter Beobachtung dieser Vorsicht kann das Gehen schon 3 Wochen nach dem Unfall gestattet werden. Gute Resultate. Ewald-Hamburg.

Psychiatrie und Neurologie.

Šimerka, V., Ungewöhnliche Respirationsstörungen bei Hemiplegie. (Revue **neuropsychopathologie etc. 1912, Nr. 2.**)

Tachypnoë im Verlaufe einer Hemiplegie gibt eine infauste Prognose. Sie ist durch eine Läsion des bulbären Respirationszentrums bedingt. Sie kann mit einer Läsion des vasomotorischen Zentrums — aktive Hyperämie der Lungen, Ödem — kombiniert sein (2 Fälle), aber auch unabhängig von der letzteren auftreten (1 Fall). Nach Eintritt der Respirationsstörung folgt in beiden Fällen bald der Exitus. S. empfiehlt einen Versuch mit einer Morphiuminjektion. G. Mühlstein-Prag.

Mysliveček, Z., Zur Pathologie der Kompressivmyelitis. (Sborník klinický 1912, Nr. 1.)

Der Autor hat 9 Fälle von Kompressivmyelitis, von denen 6 durch Tuberkulose, 2 durch metastatische Tumoren und 1 durch eine Retentionszyste verursacht waren, histologisch untersucht und ist zu dem folgenden Resultat gekommen: Die Kompressiomyelitis entsteht durch mechanischen Druck auf die Medulla. Bei Druck auf eine umschriebene Stelle des Rückenmarks entsteht eine lokale Degeneration an der Stelle des Druckes. Verengt die Fremdmasse allmählich den Wirbelkanal und ist sie weich und nachgiebig, so weicht die Medulla vor ihr zurück und deformiert sich der Fremdmasse entsprechend. Sonst aber entstehen regressive Veränderungen im Rückenmark hauptsächlich an den dem Druck gegenüberliegenden Partien. G. Mühlstein-Prag.

Syllaba, L., Zur Pathogenese und Symptomatologie der sog. Kompressivmyelitis. (Sborník klinický 1912, XIII, (XVII), Nr. 1.)

Ein 25 jähriger Mann, der an einer Tuberkulose der Axillardrüsen litt, erkrankte unter den Symptomen einer Myelitis, die schon nach 14 Tagen den Tod herbeiführte. Bei der Sektion fand sich eine tuberkulöse Pachymeningitis externa ohne gleichzeitige Ostitis der Wirbelsäule. Die histologische Untersuchung ergab eine Degeneration des Rückenmarks, die am deutlichsten in den der Stelle der Druckeinwirkung gegenüberliegenden Partien ausgesprochen war. Dieser Fall ist, weil er im Frühstadium der Myelitis zur histologischen Untersuchung gelangte, ein wertvoller Beleg für die Annahme, daß die Veränderungen in der Medulla die Folge des direkten mechanischen Druckes auf das Rückenmark sind. G. Mühlstein-Prag.

Ohrenkrankheiten.

Lang, J., Die luetische Erkrankung des Gehörapparates und das Salvarsan. (Časopis lékařůo českých. 1910, Nr. 12.)

Wenn der Gehörnerv anders als luetisch erkrankt ist, muß die Salvarsaninjektion unterbleiben, besonders wenn der Patient aus einer Familie stammt, in welcher nervöse Schwerhörigkeit vorkommt. Die Salvarsandosis muß auf jeden Fall klein sein. — Neben einem durch Salvarsan gebesserten Fall teilt der Autor einen Fall von kongenitalluetischer Neuritis und acustici mit, in welchem nach erfolgloser Pilokarpintherapie Salvarsan injiziert wurde; anfangs trat Besserung ein, dann aber eine Verschlechterung, so daß der endgültige Zustand schlechter war als vor der Injektion. G. Mühlstein-Prag.



Hautkrankheiten und Syphilis.
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Die Verbreitung der Syphilis in Bosnien und der Herzegowina und ihre Bekämpfung. (Veröffentlichung des Kaiserl. Gesundheitsamtes 1912, S. 907.)

Aus einem unter dem 2. November 1911 von der Landesregierung erstatteten Generalberichte über die „Syphilis-Tilgungs-Aktion" in Bosnien und der Herzegowina werden in den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes interessante Mitteilungen gemacht. Hiernach war von den Militärärzten und den bei der Zivilverwaltung zur Anstellung gelangten Ärzten bereits bald nach der Okkupation jener Länder erkannt, daß die Syphilis daselbst in epidemischer Weise herrsche. Die Seuche hatte besonders die islamitische Landbevölkerung erfaßt und verbreitete sich hauptsächlich außergeschlechtlich. Die Unterdrückung wurde 1884 in Angriff genommen; es wurde die Zahl der Amtsärzte vermehrt, Krankenanstalten wurden geschaffen und mit dermatologischen Abteilungen und Polikliniken ausgestattet, ferner selbständige Gemeindepolikliniken gegründet, in denen wie in den Krankenhäusern auch mittellose Syphilitische auf Landeskosten Behandlung fanden. Es wurden ärztliche Amtstage eingerichtet und zur Behandlung der weiblichen islamitischen Bevölkerung weibliche Ärzte angestellt. Endlich wurden auch gegenüber der Prostitution besondere Maßnahmen getroffen.

Obwohl eine große Zahl Kranker behandelt wurde, gelang es doch bis 1901 nicht, die Seuche wirksam einzudämmen, daher wurde 1902 der Kampf planmäßig organisiert nach den modernen Grundsätzen der Seuchenbekämpfung. Der Tilgungsplan gliederte sich in Maßnahmen a) zur Verhütung der Krankheit (Belehrung der Bevölkerung über das Wesen der Krankheit, Belehrung und strenge Überwachung der Prostitution, Überwachung des Gesundheitszustandes der gewerblichen Arbeiter, der Ammen, der Schulkinder usw.), b) zur Durchforschung des Seuchengebietes, zur Beobachtung und ärztlichen Behandlung der festgestellten Krankheitsfälle (Anzeigepflicht bei allen Personen, die für die Verbreitung des Infektionsstoffes in Frage kommen, Behandlungspflicht dieser Leute, erforderlichenfalls zwangsweise ärztliche Behandlung in einer Krankenanstalt), c) zur Überwachung des Gesundheitszustandes der zur Zeit Krankheitserscheinungen nicht mehr darbietenden syphilitischen Personen und deren Hausgenossen.

Seit Beginn des Kampfes sind in den 37 durchforschten Bezirken des Landes insgesamt 41 398 einer Behandlung bedürftige Syphiliskranke aufgefunden worden = 21,7 ‰ der Bevölkerung, wobei zahlreiche Fälle tertiärer Syphilis, die in gesundheitspolizeilicher Hinsicht von untergeordneter Bedeutung waren, nicht gezählt. Die endemische Syphilis in Bosnien und der Herzegowina zeigt die Eigentümlichkeit, daß die Primärsklerosen hauptsächlich sich im Munde und Rachen vorfinden, und zwar vorwiegend an den Mandeln, den Lippen, der Zunge und dem Zäpfchen. Nur in den Städten fanden sich die Geschwüre überwiegend an den Genitalien. Bemerkenswert ist ferner, daß die tertiäre Form vornehmlich als Gummata der Haut und Knochen mit weitgehendem geschwürigen Zerfall, als Knochenhautentzündungen und bohrende Schmerzen in den Schienbeinen und Schädelknochen auftritt, während Veränderungen des Nervensystems so selten sind, daß ihr Vorkommen längere Zeit geleugnet wurde.

Die Behandlung bestand meist in Darreichung von Quecksilber-Protojoduret in Dosen von 0,005, 0,01, 0,02 und 0,03 in Pastillenform. Verzögerte sich der Erfolg, wurde zur Injektion von Hydr. sozojodolicum oder salicylicum oder bichloratum gegriffen oder zur Schmierkur, letztere bei Krankenhausbehandlung. 1911 wurden auch ausgedehnte Versuche mit Salvarsan gemacht. Die Zahl der Behandlungsbedürftigen ist bis zum 1. Aug. 1911 auf 2750 zurückgegangen. Der bisherige Erfolg läßt die Erwartung berechtigt erscheinen, daß die Seuche in 2 bis 3 Jahren überwältigt sein wird. Die Syphilisbekämpfung hat bisher 360 000 Kronen gekostet.

H. Bischoff-Berlin.



Medikamentöse Therapie.

v. Lhoták, K., Über Veränderungen der Digitalissubstanzen im Organismus. (Lékařské Rozhledy. (XXX) I. H. 1.)

Kaninchen vertragen per os auffallend viel Digitalispulver und können sich an mehr als 11 g pro kg Gewicht gewöhnen. Doch finden sich die Digitalissubstanzen weder im Harn oder Stuhl, noch im Blute oder in den Organen. Vom Darmtrakt enthält nur der Magen Digitoxin; der übrige Teil des Darmkanals ist frei von Digitalissubstanzen. Demnach besitzt der Darmkanal die Fähigkeit, die Digitalissubstanzen des per os verabreichten Digitalispulvers unschädlich zu machen. G. Mühlstein-Prag.

Melchior, J., Das Pituitrin in der Privatpraxis. (Časopis lékařůo českých. 1912, Nr. 14.)

Das Pituitrin schafft eine Disposition zu atonischen Blutungen teils infolge der Erschöpfung der Uterusmuskulatur, teils infolge der raschen Entleerung des Uterus. Wenn der vorliegende Kindesteil noch nicht in den Beckeneingang eingetreten ist, kann es zu vorzeitigem Wasserabfluß und Vorfall kleiner Kindesteile oder zur Entstehung abnormer Kopflagen kommen. Das Kind wird nach Pituitrin leicht asphyktisch und schließlich ist das Pituitrin für die Nieren nicht gleichgültig. Es ist daher dem Praktiker nicht zu empfehlen.

G. Mühlstein-Prag.

Marek, R., Das Pituitrin in der Privatpraxis. (Časopis lekařůo českých. 1912, Nr. 12.)

Das Pituitrin ist, wenn es im frischen Zustande angewendet wird, imstande, die Wehen bedeutend zu verstärken. Am besten wirkt es während der Austreibungsperiode, wo die Wirkung schon nach 5—10 Minuten eintritt. M. injizierte das Pituitrin subkutan in Dosen von 1 cm³; diese Dosis kann in einstündigen Intervallen mehrmals wiederholt werden. Die im Handel erhältlichen Präparate (La Roche, Burrorgs, Parke) sind gleichwertig. Zur Einleitung des Abortus ist das Pituitrin nicht geeignet.

G. Mühlstein-Prag.

Allgemeines.

Jurasz (Lemberg), **Die Skleromfrage.** (II. österr. Amtsärztekongreß in Krakau.)

Jurasz stellte auf dem Kongresse folgende Anträge, die auch angenommen wurden:

1. Es ist dringend geboten, daß alle Skleromfälle als anzeigepflichtige Infektionskrankheiten betrachtet und als solche von den Ärzten angemeldet werden. Zu diesem Zwecke ist eine Regierungsverordnung zu erlassen.

2. In jedem verseuchten Kronlande ist alle Jahre eine Statistik über die angemeldeten Skleromfälle zu führen, unter genauer Feststellung der Gegenden und Orte, in welchen die Fälle konstatiert wurden.

3. Zur Isolierung und Behandlung der Skleromkranken sind in den Zentralstellen der Skleromgegenden Stationen an den Kliniken und Spitälern zu errichten und mit den entsprechenden Untersuchungs- und Behandlungsmitteln zu versehen.

4. Es ist erwünscht, daß wenigstens einmal im Jahre eine internationale Skleromkonferenz von den Vertretern der interessierten Länder (Österreich-Ungarn, Rußland, Deutschland, Schweiz, Italien, Rumänien, Spanien) abgehalten wird, um ähnlich wie bei anderen chronischen Infektionskrankheiten die Forschungen anzuregen und die wichtigsten Fragen einer schnelleren Lösung entgegenzuführen. S. Leo.



Einäscherungen in Japan. (Gazette méd. de Paris 1912, Nr. 154.)

In Japan belief sich die Zahl der Einäscherungen bezw. Erdbestattungen auf

	Einäscherungen	Erdbegräbnisse
1905	348 349	714 276
1906	327517	719897
1907	361362	717095
1908	377962	755004
1909	402 909	755383
im Mittel	363492	717927

Buttersack-Trier.

Pharmazeutische Zeitschriften gibt es auf Erden 224, und zwar erscheinen in Deutschland 23, Österreich 14, Belgien 9, Bulgarien 2, Dänemark 3, Spanien 13, Frankreich 55, England 6, Ungarn 7, Italien 10, Norwegen 3, Niederlande 4, Portugal 5, Rußland 8, Russisch-Polen 4, Finnland 1, Rumänien 1, Schweiz 2, Schweden 3, Serbien 4, Türkei 2, Japan 4, Ägypten 1, Argentinien 4, Chile 1, Kolumbien 2, Mexiko 1, Nikaragua 1, Uruguay 2, Venezuela 2, Kanada 3, Vereinigte Staaten 23, Australien 3.

Rechnet man die pharmazeutischen Notizen in den medizinischen Blättern hinzu, so lernt man den Ausruf des Ekklesiastus begreifen: „Scribendi nullus est finis“ und den anderen von Voltaire: „La vue d'une bibliothèque me fait tomber en syncope.“ (Lettres chinoises, indiennes et tartares. 1776. S. 144.) Buttersack-Trier.

Müller, Die Untersuchung Versicherter. (Med. Klinik 3. 12. V. B. S. 124.)

Müller geht davon aus, daß auf die Ausstellung der Gutachten von den praktischen Ärzten nicht die durchaus notwendige Sorgfalt verwendet wird. Es geschieht das teils aus Gutmütigkeit, den Versicherten nur ja ihren Wunsch nach Rente zu erfüllen, teils weil die Kollegen sich keine Zeit nehmen. Beide Gründe sind sehr bedenklich. Die Ärzte müssen sich vor Augen halten: Facile est de alieno largiri — und sie müssen die Ausstellung eines Gutachtens ablehnen, wenn sie keine Zeit haben. Sie schaden dem Ansehen des Standes sowohl wie ihrem eigenen, wenn sie nachlässige und die Lügen und Übertreibungen der Versicherten unberücksichtigt lassende Gutachten schreiben. Fehler machen wir alle; aber wir machen weniger Fehler, wenn wir streng unparteiisch die Zustände beobachten und schildern, als wenn wir Nachsicht und Milde walten lassen. — R.

Lecoutour, R., Heilige in der Therapie. (Progr. méd. 1912, Nr. 33, S 409/10.)

Vor einiger Zeit habe ich (in Nr. 8) die ärztlichen Heiligen in der Bretagne zum Ausgangspunkt einer Betrachtung gemacht. Nun hat Lecoutour deren Zahl erweitert — es wirken im ganzen in der Bretagne 80 Heilige — und ihr Indikationsgebiet mitgeteilt. Dabei findet sich auch diese komische Notitz: In Quimper haben die Einwohner ihrem großen Sohne Laënnec ein Denkmal errichtet. Häufig sieht man Landsleute dort stehen und ihre Gebete murmeln: sie halten Laënnec auch für solch einen Heiligen. Buttersack-Trier.

Friedrich, Ein Beitrag zur epiduralen Injektion. (Therap. Monatshefte 1912, Heft 6.)

1. Die Epiduralinjektion (1 % Kokain, 4 % Stovain, physiologische ClNa Lösung und Schleichsche Lösung) ist ein die Kreuzschmerzen bei den verschiedensten Genitalerkrankungen günstig beeinflussendes Mittel. 2. Erfolg in 90 %, jedoch nicht immer anhaltend; Schmerzrezidiv nach einiger Zeit. 3. Die Wirkung ist nicht suggestiv. 4. Wirkung analog der perineuralen Injektionen bei Ischias. 5. Wenn auch meist nur symptomatisch wirkendes, so doch wertvolles Mittel. v. Schnizer-Höxter.



Bücherschau.

Peritz (Berlin), **Die Nervenkrankheiten des Kindesalters** (101 Abbild., 500 Seiten). (Berlin 1912. Fischer's med. Buchh. H. Kornfeld).

Dr. med. Peritz, der durch interessante Veröffentlichungen über die kindliche Bulbärparalyse und im Handbuch der Biochemie über die Biochemie des Zentralnervensystems unter anderem bekannt ist, hat es verstanden, ein Lehrbuch zu schreiben, das dem jungen Studenten faßlich, dem praktischen Arzt notwendig und dem Nervenspezialisten anregend sein wird. Wahrlich kein leichtes Stück. Mit Recht geht der Autor immer von der andern Reaktion des kindlichen Nervensystems, der kindlichen Psyche gegen alle Reize aus. Er berührt in spannender Weise die neueren Forschungen zur Widerlegung der Neuronentheorie, über den Salz- und Kraftstoffwechsel im Nervensystem, über die Kontrakturenlehre, über die Spina bifida occulta bei Enuresis nocturna, um nur einige Punkte hervorzuheben. Nirgends überflüssiger Ballast zudem. Über die Wichtigkeit der Diagnose von Myalgien, der Frühdiagnose der kindlichen Neurasthenie spricht er in überaus fesselnder Weise. Dabei verfehlt es der Verfasser nicht, die Namen der Autoren zwecks Weiterstudien in seine Abhandlung in abwechselnder Weise einzuflechten.

Er teilt sein Buch ein in einen kleineren allgemeinen Teil, wo er besonders die für den praktischen Arzt wichtigen Momente der Kindespsychologie behandelt, wo er wertvolle allgemeine Tabellen gibt. Der zweite Teil ist der spezielle, wo er als Einteilungsprinzip nicht das lokalisatorische, sondern geschickter, das ätiologische wählt.

Zuerst wird die ätiologisch differente infantile Zerebrallähmung gebracht. Dann folgen die Erkrankungen der familiären, hereditären und kongenitalen Ätiologie, darauf die entzündlichen.

Es folgen die Neurosen, um am Schluß die Erkrankungen infolge Funktionsstörungen von Drüsen innerer Sekretion besprechen zu können und darauf die angeborenen Defektpsychosen.

Die wichtigen pathologisch-anatomischen Befunde, die Therapie werden kurz und äußerst klar eingeflochten.

Dem Verlag gereicht es zur Ehre, die verschiedenen Hirnbefunde makroskopisch und mikroskopisch in guter Wiedergabe gebracht zu haben. Selbst Mikrophotogramme sind im Dreifarbenrasterdruck gut gelungen.

Die Neurologie der letzten Jahrzehnte hat solchen Umfang angenommen, daß die Nervenkrankheiten des Kindesalters dort nur ungenügend berücksichtigt werden konnten und die Abfassung dieses Spezialbuches angebracht erscheint.

Manche Anregung wird dieses Buch geben. Giesel-Braunschweig.

Hirschfeld, Magnus und **Tilke, Max, Der erotische Verkleidungstrieb (Die Transvestiten).** (Illustrierter Teil. 2. Aufl. Juli 1912. Alfr. Pulvermacher & Co.).

Als Anhang zu seinem bekannten Werke über die Transvestiten bringt M. Hirschfeld in Gemeinschaft mit Tilke auf insgesamt 54 Tafeln zahlreiche Illustrationen zu den textlichen Ausführungen. Z. T. ist dabei direkt auf den Text Bezug genommen, z. T. fehlt ein derartiger Hinweis. Eine Durchsicht der reproduzierten Kupferstiche, Gemälde, Photographien usw. bietet ungemein viel Interessantes und fesselt von der ersten bis zur letzten Abbildung. Es ließe sich vielleicht darüber diskutieren, ob es nicht zweckmäßiger gewesen wäre, die Abbildungen gleich dem Text einzuverleiben, statt sie apart zu bringen. Referent vermag die Gründe, die die Verfasser dabei geleitet haben, nicht recht einzusehen. Wie dem auch sei: wir müssen Hirschfeld, der gerade in der letzten Zeit wieder eine ungemein fruchtbare Schriftstellertätigkeit entwickelt hat, auch für die vorliegende Gabe dankbar sein und würden es lebhaft begrüßen, wenn der Absatz sich derartig gestalten würde, daß der von den Verfassern in



Aussicht genommene Plan einer zweiten Sammlung von Transvestitenbildern sich recht bald verwirklichen ließe. K. Boas-Straßburg i. E.

A. Zweig (Dalldorf). **Die initialen Symptome der progressiven Paralyse.** (Berliner Klinik, Heft 286. Verlag Koryfeld, Berlin 1912. 20 Seiten. Preis 60 Pf.)

Mit einer lediglich den Bedürfnissen des allgemeinen Praktikers Rechnung tragenden Beschränkung werden die in diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Hinsicht in Betracht kommenden Momente im Beginn einer Paralyse erörtert. Dabei wird besonders der in technischer und symptomatologischer Hinsicht erfahrungsgemäß hauptsächlichst gefährlichen Fehlerquellen gedacht. Autoreferat.

Simon, Dr. Oskar (Karlsbad). **Die Karlsbader Kur im Hause.** (Berlin, Julius Springer. 1912. 85 Seiten. 2,40 M.)

Der Verfasser ist in der angenehmen Lage, da er im Sommer in Karlsbad praktiziert und im Winter Muße findet, eine Laboratoriumstätigkeit auszuüben, die Praxis und Theorie der Verdauungsphysiologie und -pathologie in ihrer gegenseitigen Beeinflussung zu prüfen. Diesem regen Wechselspiel verdankt die kleine, von ihm herausgegebene Monographie die Summe von wissenschaftlichen Geist sowohl wie die brauchbaren ärztlichen Könnens, die sie vor andern ähnlichen auszeichnet. S. behandelt in einzelnen abgeschlossenen Kapiteln die Affektionen, deren Behandlung mit den in Karlsbad gebotenen Hilfsmitteln besonders geboten ist. Er zeigt, daß bis zu einem gewissen Grade — unter besonderen äußeren Indikationen — auch eine Behandlung im Hause des Patienten durchführbar ist. Das haben wir natürlich alle gewußt und danach täglich gehandelt; was aber viele nicht wissen, ist, daß man nicht recht daran tut, schematisch in dieser Beziehung vorzugehen und daß Variationen in der Handhabung der Quellenprodukte von größter Bedeutung für deren Wirksamkeit sind. In dieser Hinsicht können aus dem Simonschen Buch selbst sehr vorgeschrittene Empiriker lernen.

Der theoretische Teil gibt die derzeitige Ansicht über das Wesen und die rationelle Therapie der betr. Krankheiten wieder, nicht ohne subjektive Färbung, zu der den Verfasser seine eigenen Arbeiten auf diesen Gebieten vollauf berechtigen. Pickardt-Berlin.

Hirschstein, (Hamburg), **Über Säureretention als Krankheitsursache.** (Leopold Voss, Leipzig und Hamburg 1911. M. 3.—.)

Verfasser kam aus einer Eigenbeobachtung zu dem Schluß, daß Säureretention Folge einer Schlafstörung ist. Nebenbefund: Alkalidefizit im Harn. Er hat nun durch Versuche an sich selbst und an einer Patientin festgestellt, daß an den ziemlich erheblichen Säureretentionen nicht nur die Phosphorsäure, sondern auch die Säuren der N-Gruppe beteiligt sind; die Alkaliverarmung des Körpers ist eine sekundäre Nebenerscheinung. In beiden Fällen führte eine Überlastung des Darmes zu einer Insuffizienz, wodurch die ganze Arbeit der Niere überlassen wurde; dadurch wurde deren Funktion ebenfalls in absehbarer Zeit vermindert, und es entstand in dem klinisch beobachteten Falle ein eigenartiges Wechselspiel mit erheblicher psychischer Alteration, das Bild einer intermittierenden kurzphasigen Psychose. Nach des Verfassers Ansicht ist der früher oder später sich einstellende neurasthenische Symptomenkomplex als Versuch des Körpers zur Elimination der schädigenden Substanzen zu deuten. Leider können die recht interessanten Resultate der Beobachtungen, die mit mancher bisherigen Annahme in der Physiologie und Pathologie keineswegs übereinstimmen, hier nicht weiter ausgeführt werden. v. Schnizer-Höxter.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.

30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von
Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.
Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 49. | Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. | 5. Dez.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Ueber Triebabweichungen. Vorbeugung und Behandlung.

Von Dr. med. W. Hammer, Berlin.

Das Wollen und Handeln des Menschen steht im Zusammenhange mit Antrieben verschiedener Art, die als „Triebe“ bezeichnet werden, wenn sie aus dem Gefühlsleben unmittelbar hervorgehen, mit großer Stärke auftreten, nur schwer oder gar nicht beherrscht werden können und das Seelenleben zeitweilig völlig unterjochen oder zu unterjochen drohen. Unbeherrschte Triebe werden zu Leidenschaften.

Ärztlicherzieherische Aufgabe ist es, die Triebe in nützlichen Schranken zu halten, für den einzelnen und die Mitmenschen schädliche Triebunterdrückungen und Triebwucherungen zu verhüten, in schädlicher Weise unterdrückte Triebe zu wecken, in gefahrdrohender Weise gewucherte Triebe abzulenken oder zu beschneiden. Vom Durchschnitt abweichende Triebe sind oft nicht krankhaft. Sie können vielmehr auch Zeichen einer teilweisen oder gesamten Überwertigkeit sein. Wenigstens besteht für mich kein überzeugender Grund, einen Rechenkünstler, der innerhalb einer Sekunde im Kopfe jede dreistellige mit jeder beliebigen vierstelligen Zahl vervielfältigen kann, für krank zu halten, wenn auch sein Rechentrieb ganz erheblich abweicht von dem, was man beim Durchschnittmenschen zu beobachten Gelegenheit hat. Andernfalls müßte man doch wohl auch jede weit über das Durchschnittmaß hinausgehende Erhöhung der Sehschärfe oder der Hörschärfe oder der Stimmfähigkeit oder der Lauf- und Gehfähigkeit oder der Merkfähigkeit des Gedächtnisses, der Urteilschärfe für „krankhaft“ halten und annehmen, daß die hervorragendsten Menschen und die leitenden Geister auf allen Gebieten zum größten Teile krank seien und infolge dieser „Krankheit“ zu besonders hervorragenden Leistungen befähigt seien.

Während im Säuglingsalter die Triebe (zu saugen und Nahrung aufzunehmen) den Willen beherrschen, soll im Kindesalter und später die weise Leitung des Trieblebens durch die Vernunft angebahnt und erstrebt werden. Vom Beginn der Geschlechtsreife an ist dann bis zum Ende des Lebens der Hauptwert auf die Verhütung gefährlicher Leidenschaften zu legen, bei Leidenschaftlichen jedoch die Ablenkung der gefährlichen Triebe in ungefährliche oft eine schwere ärztliche Aufgabe.

Da der bei weitem größere Teil dieser Aufgabe von nichtärztlichen Kräften bewältigt wird, geziemt es sich auch, die Heilmittel, die in der Regel zur Zeit von Ärzten nicht oder wenigstens nicht ausschließlich in Anwendung gezogen werden, mit in den Kreis vorliegender Arbeit einzubeziehen.

Ein jedes Lebensalter stellt an die weise Leitung von Trieben andere Anforderungen, so daß ich die Gliederung der Arbeit nach den einzelnen Lebensabschnitten für angemessen halte.

Schon vor der Erzeugung kann gegenüber unerwünschter Entwicklung von Trieben einiges geschehen, indem die „erbliche Belastung" der Kinder eingeschränkt wird. Spätehen und Gleichartigkeit der Erziehung von Mädchen und Knaben wirken besonders verhängnisvoll, indem ältere Menschen selbstverständlich einen viel höheren Grad der Wahrscheinlichkeit bieten, daß sie in der langen Zeit ihres vorehelichen geschlechtsreifen Lebens ungeordnete Triebe und Leidenschaften (wie Trunksucht, Spielsucht, leidenschaftliche Selbstbefleckung) oder für die Nachkommenschaft ungünstige körperliche Erkrankungen (Lustseuche, Schwindsucht) und die in der Mitte zwischen körperlicher und seelischer Erkrankung stehenden Nervenleiden (Muttersucht, reizbare Nervenschwäche) mit in die Ehe bringen, zumal mit zunehmender Spätehe sowieso eine Verringerung der Zahl der Nachkommen und damit der zur Auslese in Betracht kommenden Menschen gegeben ist. Gleichartige Ausbildung der Ehegatten dürfte ähnlich der Inzucht die Belastung verstärken (z. B. bei Kurzsichtigkeit zweier in gelehrten Berufen ausgebildeter Eheleute) und zwar überall dort, wo offenkundige Berufsschädlichkeiten einwirken, z. B., wenn beide Eheleute in Fabriken arbeiten oder beide im Lehrerstande tätig sind. Auf all diese Schädigungen der Nachkommenschaft ständig und nachdrücklichst hinzuweisen, dürfte besonders auch zu den Aufgaben der im öffentlichen Leben tätigen Ärzte gehören. Ebenso habe ich — als ich einst mit der Leitung einer Lungenheilanstalt betraut war — bei der Verabschiedung der Kranken auf die Gefahren doppelter Belastung mit Schwindsucht besonders dann hinzuweisen für meine Pflicht gehalten, wenn Liebeleien unter den Kranken angeknüpft waren, die in Ehe umzuwandeln von dem einen Teile oder gar von beiden (Tuberkulösen!) erstrebt wurde. Hinsichtlich der Lustseuche machte ich hingegen die Beobachtung, daß nicht selten Männer, die ihre Geliebten selbst angesteckt zu haben verdächtig sind und selbst die Krankheit überstanden, eine ganz unbegründete Furcht vor erneuter Ansteckung durch die Geliebte haben. Hier hielt ich es für notwendig, auf die verhältnismäßige Gefahrlosigkeit des Verkehrs zweier Menschen, die beide annähernd zur selben Zeit Lustseuche hatten, hinzuweisen.

Weiterhin scheint es mir wichtig, auf eine eigentümliche und in der jetzigen Zeit zunehmende „erbliche Belastung" hinzuweisen, die für das Volk, wie für den einzelnen, Gefahren in sich birgt — auf die Belastung der einzigen Kinder und der Kinder aus kinderarmen Familien. Ihnen fehlt die wichtige Erziehung durch eine größere Geschwisterschar, und die Eltern geraten durch die Anwendung befruchtunghemmender Mittel leicht auf abschüssige Bahnen in ihrer Ehe, indem sie ihre Kinder verzärteln, oder zu streng behandeln, oder indem sie sich gegenseitig Vorwürfe machen oder — durch Anwendung neumalthusianischer Gebräuche in reizbare Schwäche oder Untreue verfallen, oder ihr Gewissen mit der Angst vor dem Mißglücken der Abtreibung quälen



oder endlich, indem die Mutter durch zahlreiche Abtreibungen in Siechtum verfällt oder gar an den Folgen auch einer kunstgerecht geleiteten Abtreibung stirbt.

Die erste Zeit der Ehe entscheidet darüber, ob die Ehegatten sich aneinander anpassen und m i t einander den Lebensweg wandeln oder ob sie fremd oder gar feindselig n e b e n einander herwandeln. Enttäuschungen auf beiden Seiten pflegen nicht auszubleiben. Da dürfte es für beide Gatten wichtig sein, sich zu vergegenwärtigen, daß nicht der andere Teil, sondern die Verkennung des andern die Hauptursache zur Enttäuschung abgibt und daß es daher unbillig ist, den andern Gatten dafür leiden zu lassen, daß er in der hoffnungsvollen Stimmung der Brautzeit durch die Verlobungsbrille gesehen, anders aussah, als später im nüchternen Alltagsgewande der Ehefrau oder des Ehemannes.

Weiterhin halte ich es von vornherein für wichtig, daß der Mann seine Pflicht, die Ehefrau zu beherrschen, übernimmt, und daß die Ehefrau sich in allen den zehn Geboten nicht widerstreitenden Dingen dem Manne gern und freudig fügt, und daß sie diese Unterwerfung nicht als Gnade, die sie beliebig gewähren oder verweigern kann, übt, sondern als ihre Pflicht und Schuldigkeit auffaßt. Ich halte die Religionsstifter, die diese Forderung aufstellten und die Völkerfamilien, die ihnen folgen, nicht für geistig entartet, auch nicht für unwissend, sondern halte die Unterordnung eines Liebenden unter den anderen für eine Erhöhung des Liebesgenusses, die eine Art Schutz vor dem Erkalten der Sinnlichkeit in der Ehegemeinschaft darstellt. Die Nichtbefriedigung des im durchschnittlichen Liebestriebe der Frau enthaltenen Teiltriebes nach völliger duldender Unterwerfung hat große Gefahren (Entstehen von Schmerz- und Schmutzgeilheit, Gefühlen der Langeweile, des Unbefriedigtseins, Reizhunger, Ärger, Zornmütigkeit und ähnlichem). Wohl gibt es auch einen Trieb im Manne, der Frau zu dienen und einen Trieb der Frau, den Mann zu beherrschen, doch ist die Tatsache der größeren Jugendlichkeit und Unerfahrenheit der Ehefrau gegenüber dem Gatten, ferner die große Schwäche des weiblichen Ehepartners während eines erheblichen Teiles des Jahres und Lebens wohl der innere Grund, daß die Frauenherrschaft in der Regel vom Übel ist. Dient die Ehefrau n i c h t als fügsame Gehilfin dem Manne, so begünstigt sie dessen Neigung, sich außerhalb des Hauses unterwürfige Liebe zu erkaufen, und damit die ansteckenden Geschlechtsleiden in die Ehe einzuschleppen oder sich dauernd eine Nebengattin zu halten. Bei Trinkern und Verschwendern ist hingegen die Herrschaft der Frau oft das geringere Übel, zuweilen die Rettung der Familie vor drohendem Untergange.

Die erste Zeit der Ehe benutze also der Mann, um sich des Vertrauens und der Ehrfurcht der Frau würdig zu erweisen und die Würde, die er die ganze Ehezeit hindurch als Familienoberhaupt benötigt, fest zu gründen, die Frau, um sich an willig geübten Gehorsam, freudige Unterordnung, bescheidene Äußerung einer abweichenden Anschauung zu gewöhnen. Dann tritt in kurzer Zeit eine Art Ausgleich ein. Die Frau erlangt durch Bewährung das Vertrauen des Gatten mehr und mehr, während der Mann sich in vielen Punkten aus der Freude heraus, seiner Gattin etwas zu Gefallen tun zu können, den Wünschen der Frau unterordnet („Dienen lerne beizeiten das Weib nach ihrer Bestimmung; denn durch Dienen allein gelangt sie endlich zum Herrschen, zu der verdienten Gewalt, die doch ihr im Hause gehöret") (Goethe).



Während der Eheherr sanft und milde besonders während der ersten Schwangerschaft die Frau leitet, bleibt er sich stets bewußt, als Mensch Irrtümern unterworfen zu sein. Ungebührlichen Ansprüchen widersteht er jedoch von vornherein ebenso, wie die Frau den Säugling von Geburt an an sechsstündige Nachtruhe gewöhnen und unerbittlich das Kind schreien lassen soll, wenn es in dieser Zeit sich regt, bis es sich dieser Ordnung, die ihm ja mittelbar wieder zugute kommt, gefügt hat.

Schon der Säugling hat einen Liebestrieb, der zweckmäßig durch Saugen an der Mutterbrust, unzweckmäßig durch selbstbefleckerische Spielereien, nur im Notfalle durch Saugen an einem (nicht mit Zucker oder gar Mohn oder Branntwein zu füllenden) Lutschpfropf befriedigt wird.

Gegen jede Art Selbstbefleckung ist bei Säuglingen beider Geschlechter durch Schläge einzuschreiten. Ammen sollten nur dann angenommen werden, wenn die Mütter nicht stillen können und zugeben, daß das Ammenkind mitgenährt wird. Amtsärztliche Untersuchung der Ammenherrschaft (Vater, Mutter) der Amme und beider Kinder sollten vor Übertragung ansteckender Geschlechtsleiden und anderer übertragbarer Leiden schützen. Sofort nach der Geburt hat der Säugling nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten. Er hat der Mutter oder Amme sechs Stunden Nachtruhe zu gewähren. Beamtete Ammenärzte sollten für Schutz der Amme vor einer unbescheidenen Herrschaft Sorge tragen, indem ihnen das Recht einzuräumen wäre, eine nach gegebener Verwarnung noch weiter die Pflichten gegen die Amme verletzende Herrschaft vom Ammengebrauche auszuschließen. Vom Beginne des 2. Vierteljahres an erweitert sich der Pflichtenkreis des Kindes, das nun an Reinlichkeit zu gewöhnen ist (Schreien bei Stuhl und Harndrang). Die Gewöhnung erfolgt durch regelmäßiges Abhalten und Schläge.

Schon beim Säugling kann mit der Einweihung in eines der wichtigsten Ablenkungsmittel des Liebestriebs, in den Gebrauch religiöser Heil- und Heiligungsmittel begonnen werden, indem z. B. fromme katholische Mütter den Säugling abends mit Weihwasser besprengen. Weiterhin wird dem Berührungstriebe eine ausgiebige Befriedigung gewährt durch Ruhenlassen des Säuglings in den Armen der wachen Mutter, während zum Schlafen dem Kinde von der Geburt an ein eigenes Bett eingeräumt wird. Säuglingskrankenhauspaläste können, wie aus dem eben Gesagten hervorgeht, eine Hauptbedingung der guten Säuglingspflege selbst dann nicht erfüllen, wenn sie der menschlichen Milch chemisch sehr nahe verwandte Lösungen verabfolgen, da Lutschpfropf und Flasche das Lustgefühl des Saugens an der Brust und des Ruhens in den Armen der Mutter n i c h t voll ersetzen können.

Mit zunehmendem Alter wächst der Pflichtenkreis der Kinder, die m. E. möglichst frühzeitig an nutzbringende Werte schaffende Arbeit zu gewöhnen sind, während ich die F r o e b e l'sche Spielarbeit für weniger erwünscht halte.

Schon vor Beginn der Schulpflicht können Kinder zum Stiefelreinigen, zum Wegebesorgen, zum Abtrocknen von Tellern und Messern und Gabeln, zum Füttern kleiner Haustiere angehalten werden. Besonders auch dort, wo Dienstboten gehalten werden, dürfte solche Anleitung erwünscht sein, um die Kinder zu der ihnen zukommenden Bescheidenheit zu erziehen und sie fernzuhalten von aller Ungezogenheit gegenüber Angehörigen der dienenden Klasse. Neben der Ein-

weihung in die Befriedigung, die ernste Arbeit gewährt, erfolgt schon vor Beginn der Schulpflicht die allmähliche Einführung in die religiöse Inbrunst und in die Anfänge des Wissens (Sprechen, Ablesen der Uhr, Kenntnis des Geldes) und den Kunstgenuß (Gesang, Baukasten, Blumenpflege). Unerwünschte Betätigungen des Liebestriebs, wie sie sich im zornigen Strampeln, Ungehorsam, Angeberei, ja selbst falschen Bezichtigungen und selbstbefleckerischen Spielereien, sowie in unerwünschten Leidenschaften, wie Nägelbeißen, Essen des Nasenschleims oder in Beobachtungen der Darm- und Harnentleerungen besonders des andern Geschlechts, ja selbst in gleichgeschlechtlichen Berührungen äußern können, wird von vornherein mit Strenge entgegengetreten. Die ganze Kindheit hindurch wird durch das gute Beispiel der Eltern, die zweideutige oder eindeutige Scherze über das Liebesleben in des Kindes Gegenwart unterlassen und alles Grobsinnliche mit einem Deckmantel umgeben, den Heranwachsenden die Überzeugung eingepflanzt, daß das Liebesleben, wie es ist, verderbt und mit großen Gefahren durchsetzt ist. Um das Kind zu warnen, wird ihm durch das Beispiel der Erziehenden eine Gruppe von Hemmungsvorstellungen eingepflanzt hinsichtlich alles dessen, was mit dem geschlechtlichen Gebiete eng zusammenhängt.

In der Schulzeit werden weitere Ablenkungen geboten. Die ernste Arbeit gestaltet sich zu einer pünktlich einzuhaltenden Tagesordnung, die Freude am Wissen wird durch den Unterricht gefördert, in die religiösen Ablenkungsmittel weihen Fachleute ein, durch Gesang und Zeichenunterricht werden die Kunsttriebe angeregt, die Turnstunden bieten ebenso wie der Schwimmunterricht körperliche Ablenkungen an. Die Volksschule gibt eine Übersicht, die Mittelschule ein tieferes Eindringen, während die Hochschulen einzelne zu Höchstleistungen in der Umwandlung des Liebestriebs in wissenschaftliche oder künstlerische Betätigung führen. Die Erzieher und Eltern hüten sich vor Zornesausbrüchen und Verärgerung, ohne in gefährliche Nachgiebigkeit gegenüber ungehörigen Ansprüchen der Kinder zu verfallen, die besonders dort droht, wo die Nachkommenschaft unterdrückt und die Nerven geschwächt werden, wie überhaupt die Ausschaltung des gegenseitigen erzieherischen Einflusses, den zahlreiche Geschwister aufeinander ausüben, für den Liebestrieb im allgemeinen ungünstig wirkt. Die m. E. sehr schwere Schädigung, die die Selbstbefleckung, soweit sie vor Beginn der Geschlechtsreife geübt wird, für das Liebesleben oft darstellt, ist mit den angegebenen Mitteln für eine große Reihe von Kindern b e i d e r Geschlechter vermeidbar, wenigstens soweit sie in gesunden Familienverhältnissen aufwachsen, d. h. unter Verhältnissen, in denen die Mutter der Häuslichkeit sich widmet und eine größere Kinderschar aufzieht, der Vater die Herrschaft über Weib und Kinder antritt, und Liebe und Strenge beider sich die Wagschale halten. Strenge ohne fühlbare Liebe hält zwar auch die Selbstbefleckung häufig hintan, begünstigt jedoch das Entstehen der Todeswollust, frühes Greisentum in jugendlichen Jahren, jener sehr häufigen Verstimmung, die von Beginn der Geschlechtsreife an einsetzt und ihren religiösen Niederschlag in Todesschwelgereien („Ach könnt ich, o mein Leben, an deinem Kreuze hier mein Leben von mir geben, wie wohl geschähe mir"), ihren weltlichen Ausdruck in Gleichgültigkeit und Verstimmung findet („Das größte Verbrechen meiner Eltern ist, daß sie mich in die Welt gesetzt haben. Mir ist alles gleichgültig, ob ich diesen oder jenen Beruf er-



greife, dies oder jenes studiere." „Ich mache das Leben mal eine Zeitlang mit. Schließlich bleibt mir eine Kugel oder ein Strick oder ich gehe in die Spree oder den Rhein."). Zur Vermeidung des Entstehens dieser Todeswollust halte ich es weiterhin für zweckdienlich, daß das Streben wenig Bemittelter nach Erlangung in der Regel schlecht bezahlter gesellschaftlich hoher Stellen eingeschränkt wird. So könnten von den Mittel- und Hochschülern der Nachweis ausreichender Mittel verlangt werden . . . sei es, daß diese Mittel von den Eltern oder aus Stiftungsgeldern aufgebracht werden. Ebenso ist das Bestreben der Ärzteinnung, vor jeder Niederlassung eines Arztes zu prüfen, ob die Gegend überhaupt in der Lage ist, dem Arzte ein auskömmliches Einkommen zu bieten, lobend anzuerkennen und auf andere Berufe auszudehnen, so daß schließlich die Mißstände, die zunächst mit dem freien Spiel der Kräfte einrissen, eingeschränkt werden dürften. Auch das Erlernen von Handwerken oder das Eindringen von Söhnen sogenannt höherer Kreise schafft diesen, falls es sich um gutbegabte handelt, oft weit günstigere Aussichten, als ihren aus einfachen Verhältnissen entsprossenen Amtsgenossen. Ebenso hat die Stadtrattochter, die Köchin wird, wie mich meine Erfahrung lehrte, viel bessere Aussichten, schnell zu sehr gut bezahlten Stellen aufzurücken, als diejenige, die aus Standesrücksichten „Schwester" wird.

Fraglich ist, ob die gesetzgebenden Körperschaften überhaupt zur Zeit gewillt und in der Lage sind, auf diejenigen ärztlichen Stimmen zu hören, die in der Rückkehr zur Frühehe der Mädchen und in der ausgiebigen Ausschaltung der Mädchen- und Frauenarbeit aus dem Erwerbleben, sowie in ganz erheblichen Benachteiligungen der Hagestolzen beider Geschlechter, sowie der kinderarmen Ehepaare die am meisten Aussicht auf Erfolg versprechenden Mittel sehen, um Deutschland und ähnliche Länder vor dem Schicksale des alten Rom zu bewahren Da ist es denn dringend nötig, daß der Arzt Bescheid weiß, wie er sich gegenüber den Forderungen der Gegenwart verhalten soll, in der eheliche Befriedigung der Mädchen vom Beginne der Geschlechtsreife an selten, der Jünglinge überhaupt nicht vorkommt.

Ehe ich auf die Mittel, die uns bei Geschlechtsreifen zur Verfügung stehen, um das Geschlechtselend zu lindern, näher eingehe, dürfte die Erörterung zweier Fragen angebracht sein. Die erste betrifft die ärztlichen Ratschläge, die ich bei Knaben und Mädchen zu geben pflege, die schon vor der Geschlechtsreife ausschweifender Selbstbefleckung ergeben sind, also nicht gelegentlichen Spielereien, die die Mutter durch heftige Schläge auf die spielenden Hände unterdrücken kann, sondern einem körperzerrüttenden Laster, wie es schon bei 6 bis 8 jährigen Mädchen und Knaben, ja selbst bei noch jüngeren Kindern beobachtet werden kann.

Ich richte in solchen Fällen zunächst mein Augenmerk auf Würmer, die ja vom Mastdarm in die Mutterscheide kriechen und daselbst starken Juckreiz hervorrufen können. Besteht irgend der V e r d a c h t, daß solche Schmarotzer vorhanden sein könnten, so veranlasse ich die regelmäßige Einsalbung des Darmes mit rot gefärbter grauer Salbe (die Rotfärbung erfolgt durch Zinnoberzusatz) und die Wurmabtreibungskur mit Santonin. Dabei halte ich nicht daran fest, daß die Eltern erst die Würmer herbeischaffen müssen, sondern leite die Kur auch schon bei dem Verdachte ein. Würmer können schon bei Säuglingen vorkommen und Krämpfe, ja selbst tödliche Vergiftungen herbei-



führen, wie ich am Niederrhein beobachtete und werden wahrscheinlich durch vergiftetes Wasser übertragen und erzeugen Jucken in Nase, Mastdarm und Mutterscheide.

Erfolgt nach dem Eingeben von Wurmmitteln kein Nachlassen der Selbstbefleckung, so rate ich und wie mir scheint, mit gutem Erfolge, zu folgendem:

1. Das befallene Kind wird n i c h t in auffälliger Weise beobachtet oder durch Schreckvorstellungen, nächtliches Aufwecken, Handschuhe oder gar Bandagen gequält, vielmehr wird nach wie vor jedes Gespräch über Geschlechtliches zwischen Eltern und Kindern möglichst unterlassen.

2. Hingegen sucht die Mutter das Kind tagüber in ihre Gesellschaft aufzunehmen, zu beschäftigen, möglichst mit nützlicher Arbeit.

3. Abends wird das Kind völlig entkleidet und nach Prüfung der Füße, die warm sein müssen, eingepackt. An jeden Fuß kommt ein in kaltes Wasser getauchtes leicht ausgerungenes Taschentuch, darüber ein trockener, vollener Strumpf. Dann wird ein kaltes nasses Handtuch um Brust und Bauch geschlungen, darüber ein trockenes, darüber ein wollenes Tuch. Dann wird das Hemd wieder angezogen und das Kind in das warme Bett gepackt. Solch ein Prießnitzwickel bewirkt Schlaf. Morgens wird das Kind, da es ihm leicht zu heiß wird, ausgepackt und es darf nun noch eine Stunde bei der Mutter im Bett schlafen.

4. Nicht wegen der Selbstbefleckung oder im Zusammenhang mit dieser, sondern aus andern Gründen erhält das Kind wöchentlich etwa zweimal einige wenige, aber heftige Schläge, die es gewöhnt wird, ohne Widerspruch und Widerstand hinzunehmen, während Szenen und Auszankungen unterbleiben.

5. Die Ernährung wird reizlos, kräftig, nährsalzreich gestaltet. Besonders Obst, Honig, Salat wird angeboten. Mit der Wage wird das Gewicht des Kindes beaufsichtigt.

Ich halte alle diese einzelnen Punkte für wichtig, keinen einzigen für überflüssig, da z. B. gute Ernährung ohne Betäubung des Liebestriebes nicht nur nicht nützlich, sondern durch Vermehrung des Lasters schädlich wirken kann, strenge Behandlung ohne offenkundige fühlbare Liebe leicht einschüchtert, Schlägereien, die in wüste Kämpfe ausarten, die Widerstandskraft der Kindes durchaus nicht günstig beeinflussen.

(Schluß folgt.)

Bericht über die 84. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Münster i. W. vom 15.—21. Sept. 1912.

Von Dr. **Krone**, Bad Soden-Werra.

(Schluss).

M i e ß n e r - Hannover: „Ü b e r d i e p r a k t i s c h e n E r f o l g e d e r S e r u m t h e r a p i e i n d e r V e t e r i n ä r m e d i z i n."

Das Serum wird in der Tierarzneikunde nicht als Heilmittel verwandt, sondern als Schutzmittel, wo es besonders bei Milzbrand und Rotlauf sowie in letzter Zeit auch bei Maul- und Klauenseuche anscheinend erfolgreich prophylaktisch wirkt.

In der 2. G e s a m t s i t z u n g der m e d i z i n i s c h e n H a u p t g r u p p e , Mittwoch, den 18. September, wurde die Frage des „Ö d e m" behandelt.



Klemensiewicz-Graz: „Über die physiologischen Grundlagen für den normalen und pathologischen Flüssigkeitsverkehr und die Ansammlung von Flüssigkeit in Geweben und Hohlräumen.

Die Ansammlung von Flüssigkeit im Gewebe und in Hohlräumen des menschlichen Körpers, die unter krankhaften Verhältnissen zustande kommt, nennen wir Wassersucht. Die Bezeichnung Ödem ist mehr für die Wassersucht der Gewebe und Hydrops mehr die Wassersucht der Hohlräume des Körpers im Gebrauch. Für die normale und krankhafte Flüssigkeitsansammlung im menschlichen Organismus und zwar sowohl im Gewebe, als in Höhlen kommen eine Reihe von physikalisch-chemischen und ihrem Wesen nach nicht völlig erkannten biologischen Energiequellen in Betracht, unter denen Redner folgende nennt: 1. Filtration aus den Kapillargefäßen in das umgebende Gewebe, 2. Diffusionsvorgänge bedingt durch die stoffliche Verschiedenheit zwischen Blut und Gewebeflüssigkeit, 3. Flüssigkeitsbewegung und Stoffaustausch, bedingt durch die besondere kolloidale Beschaffenheit der verschiedenen Wandelemente der Kapillarwand, 4. Wasseranziehung und Stoffaustausch durch die besonderen Eigenschaften der Quellbarkeit solider Gewebsbestandteile, 5. sekretorische Tätigkeit besonders protoplasmatischer, zelliger Gebilde des Gewebes und des Höhlenbelages.

Die kolloidchemische Säuretheorie des Ödems von Martin Fischer lehnt Redner ab, da der Begriff Quellung medizinisch nicht identisch ist mit Schwellung und da die Theorie für Flüssigkeitsansammlungen in Höhlen gänzlich versagt.

Lubarsch-Düsseldorf: „Pathologische Morphologie und Physiologie des Ödems."

Redner spricht über Erfahrungen, die er als Pathologe über Ödeme gemacht hat. Er unterscheidet aktive und passive Ödeme — erstere durch aktive Vermehrung der Flüssigkeit, letztere durch verhinderten Abfluß bedingt.

Wenn wir die wichtigsten Fälle der Ödeme übersehen, so ist es nur in den seltensten Fällen möglich, ein einziges Moment als ausschlaggebend für das Zustandekommen des Ödems verantwortlich zu machen — selbst die mechanische Entstehung bei Stauungshydrops ist nicht immer die allein maßgebende Ursache (z. B. Lungenödem). Das neurotische Ödem ist wohl als möglich anzunehmen (z. B. Urtikariabildungen bei Nervösen), doch ist die Beurteilung stets schwer, ob die Ödeme tatsächlich rein neurotisch sind — nur die flüchtigen Ödeme sind ev. als solche zu bezeichnen.

Die chemischen Ödeme, bei denen die Alteration der Gefäßwände eine Rolle spielt, — wie z. B. Ödem nach Insektenstich — sind als rein chemische möglich und denkbar. Wenn aber das Ödem erst dann auftritt, wenn die schädlichen Produkte schon lange im Körper kreisen, so werden wir kolloid-chemische Ödeme (Nephritis) annehmen müssen und keine rein chemischen.

Zu den chemischen muß auch wohl das angeborene allgemeine Ödem gerechnet werden — wesentliche Organveränderungen bestehen bei ihm nicht — man findet es bei solchen Neugeborenen, deren Mütter in der Gravidität krank waren; daher erscheint die Annahme des chemischen Ödems berechtigt.

Ödem und seröse Ergüsse sind oft nicht leicht zu unterscheiden.



So sieht Redner z. B. das Lungenödem als richtige seröse Entzündung an. Da das Lungenödem, wenn es rein mechanisch zustande käme, viel häufiger sein müßte — es tritt nicht immer da auf, wo eine Alteration der Gefäße und erhöhter Blutdruck bei Herzerkrankungen vorliegt — so muß wohl neben den mechanischen Störungen den Alveolarepithelien eine große Rolle zufallen.

Die Beziehungen zwischen Ödem und serösen Entzündungen sind enge — ein Ödem geht oft leicht in Entzündung über — z. B. nach Punktionen bei Aszites, wobei sich das Transsudat in ein Exsudat umwandelt. Ob die chemischen Ödeme leichter zu diesen Umwandlungen neigen als die mechanischen, ist noch nicht entschieden.

Zur Morphologie der Ödeme bemerkt Vortragender: Mikroskopische Zellveränderungen sind wahrzunehmen. Diese Veränderungen können, wie experimentell erwiesen, sich wieder zurückbilden. Die Schwere der Veränderung ist nicht abhängig von der Dauer des Ödems.

Ziegler-Breslau: „Das Ödem in seiner Bedeutung für die Klinik."

Redner geht bei Betrachtung der klinischen Formen der Ödeme von den einfachen Ödemen der Ernährungsstörungen, speziell im Wasserhaushalt, aus; bei ihnen findet man keine konstanten Stoffwechselverhältnisse. Hierher gehören auch die Ödeme der Fieberkranken. Eine Retention von Wasser und Salz genügt nicht zur Entstehung der Ödeme, parenchymatöse Störungen müssen dabei sein. Auch bei den Nephritikern hält er Störungen in den Gewebszellen für sehr wahrscheinlich neben renalen Störungen. Auch er als Kliniker wendet sich vom klinischen Standpunkt gegen die Martin Fischer'sche Theorie.

Bei neuritischen Ödemen können auch anaphylaktische Prozesse — durch Vorhandensein toxischer Momente — eine Rolle spielen. Die Ursachen für das Lungenödem bedürfen noch der Erklärung — rein mechanische Ursachen sind nicht haltbar.

Als gemeinsame Ursache für nicht entzündliche Ödeme nimmt Redner — z. T. rückschließend aus therapeutisch-diuretischen Wirkungen — renale und extrarenale an, von welch letzteren Störungen in den Geweben die hauptmaßgebenden sind.

In der Gesamtsitzung der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe, Mittwoch, den 18. September, wurde das Thema „Die Wissenschaft vom Leben in ihrer Bedeutung für die Kultur der Gegenwart" von den Herren: v. Wettstein-Wien, A. Czerny-Heidelberg und von Hannstein-Berlin behandelt.

v. Wettstein: Die Biologie in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts läßt sich wohl am besten charakterisieren als die Biologie unter dem Einfluß der Deszendenzlehre und speziell des Darwinismus. Die Überzeugung von dem entwicklungsgeschichtlichen Zusammenhange aller Organismen stellte die Verbindung der theoretischen Biologie mit der Medizin, mit Soziologie, mit der Landwirtschaft, wie überhaupt mit den angewandten Naturwissenschaften her. Der wissenschaftliche Betrieb der Biologie zeigt nichts, was mit Recht als Symptom einer Krisis gedeutet werden könnte. Unverrückt steht die Basis, auf die wir im letzten Jahrhundert so stolz waren, und wenn sich die Methoden ändern, so ist dies nur ein erfreuliches Zeichen dafür, daß die Wissenschaft aus sich selbst heraus ihre Fortentwicklung findet. Die Frage, wie die geistige Vermittlung zwischen der Forschung und



den weiten Kreisen des Volkes beschaffen ist, ist gerade für die Biologie von besonderer Wichtigkeit, da hier die naturgemäße Vermittlung durch den Schulunterricht sehr eingeengt ist. In keinem anderen großen Wissenschaftsgebiet sind die weitesten Kreise so sehr auf popularisierende Literatur angewiesen, die mit ihrem Hang nach Sensationen beim Publikum dankbarste Aufnahme findet. Der Biologe hat daher allen Grund, dieser Literatur seine Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Im Anschluß hieran knüpft der Vortragende noch einige prinzipielle Bemerkungen über den biologischen Unterricht. Die Eigenart des naturkundlichen Unterrichtes an den mittleren Lehranstalten liegt darin, daß er nicht nur Einzelkenntnisse vermittelt, sondern daß er allein Gelegenheit bietet, einige gedankliche Operationen von größter Wichtigkeit zu erlernen und zu üben; er allein operiert nicht hauptsächlich mit Vorbildern, sondern mit Vorstellungen von Dingen, er gibt die Möglichkeit der Schulung im Beobachten, im Gewinnen allgemeiner Sätze aus Tatsachen. Selbstverständlich müssen wir uns auch im Unterricht hüten, in der anderen Richtung zu weit zu gehen. Es hieße die wertvollste pädagogische Eigenart des naturwissenschaftlichen Unterrichtes verleugnen, wenn dem Schüler nicht die Überzeugung beigebracht wird, daß die Grundbedingungen für jeden Fortschritt auf biologischem Gebiete Beobachtung und Experiment bildet.

Czerny-Straßburg spricht über die Notwendigkeit des biologischen Unterrichtes in den höheren Lehrschulen vom Standpunkt des Arztes aus. Biologisches Denken sei notwendig zum Verständnis der hygienischen Faktoren, z. B. der Reinlichkeit. So manche Stadt hat wundervolle Kirchen und prachtvolle Museen gehabt, ehe sie eine Kanalisation und genügende Anstalten für Kranke besaß.

Wären in unserem Bildungsgang die humanistischen Wissenschaften, gegenüber den biologischen nicht einseitig bevorzugt worden, so hätte die Entwicklung unserer Städte wohl eine andere Reihenfolge aufzuweisen gehabt. An biologisches Denken erinnern wir uns erst, wenn pathologische Verhältnisse sich einstellen. Deutschland ist bereits soweit, daß die Sorge um den genügenden Nachwuchs auftaucht. Sichern wir ihm zunächst einmal freien Raum und bessere Lebensbedingungen, daß es sich kräftig entwickeln kann. Wird die Qualität verbessert, so wird die Quantität nicht fehlen.

Auch das Mißtrauen gegen heilsame Maßnahmen wie die Impfung wird, wie gegen die Schulmedizin überhaupt, verschwinden, wenn durch gediegenen biologischen Unterricht erkannt wird, wie die Schulmedizin sich auf exakte biologische Forschung aufbaut. Justus von Liebig forderte, daß alle Wissenschaften eine Förderung erfahren, die nicht nur den Geist, sondern auch das materielle Wohl des Volkes heben. Im Sinne dieses Ausspruches erstreben wir die Förderung des biologischen Unterrichtes an den höheren Lehranstalten.

v. Hannstein-Berlin spricht sich in ähnlichem Sinne aus. Er betont, daß es sich bei der Biologie nicht um ein einzelnes Spezialfach handelt, sondern um ein großes, selbständiges Forschungsgebiet, das sich seine eigenen Forschungs- und Arbeitsmethoden baut, in die einen Einblick zu gewinnen, heutzutage ein unentbehrliches Glied der menschlichen Bildung ist — ganz abgesehen von der aktuellen Bedeutung der Biologie.

Wenn vor 11 Jahren, so schließt der Vortragende, die Lage des biologischen Unterrichtes noch als unwürdig zu bezeichnen war, so



sieht man heute doch allenthalben erfreuliche Ansätze. Ein fakultativer Unterricht, an dem 80—90 % der Schüler teilnimmt, hat sich bewährt. Unermüdlich müssen wir in unseren Bestrebungen fortfahren und insbesondere den Behörden die Gefahren für die Zukunft des Volkes vor Augen führen, die eine einseitige Auswahl des Bildungsstoffes mit sich bringen muß.

Vorträge aus den einzelnen Abteilungen.

Lenzmann-Duisburg: „Zur Therapie der Tussis convulsiva".

Vortragender faßt die Tussis convulsiva als eine übergroße Reizung (durch Toxine) des Gebietes des laryngeus superior auf. Antikatarrhalische Mittel, denen er skeptisch gegenübersteht, helfen nichts. Antispasmotica können schon eher helfen, sie sind und bleiben aber immer nur symptomatische Mittel. Anticysmotica lokal angewendet sind vom Übel, da sie reizen, dagegen wirkt von innerlichen Anticysmoticis das Chinin. Es kommt hier allerdings darauf an, wie es gegeben wird. L. hat Versuche bei Erwachsenen mit intravenösen Chinininjektionen gemacht und damit die Krankheit kupieren können. Geeignet ist nicht das Chininum muriaticum, sondern das Hydrochinum hydrochloricum (10,0): 100, wovon 2,5 ccm injiziert werden. Bei Kindern 0,05—0,1. Bei ganz kleinen Kindern empfiehlt sich die intramuskuläre Injektion in den musculus glutaeus medius und zwar sollen die Injektionen die ersten Tage täglich, dann 2 täglich bis zum 10. Tage gemacht werden.

Derselbe: „Weitere Erfahrungen über die Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen."

Von 35 bisher behandelten schweren Fällen von Skarlatina sind 33 ohne jede Komplikation geheilt — ein Todesfall, eine Komplikation mit Otitis media. Eine schädliche Wirkung konnte Redner niemals beobachten, deshalb will er zur Weiterprüfung anregen. Er gibt zuerst kleine Dosen und geht später bis auf 0,2 Salvarsan bei 14—16 jährigen Patienten, die Applikation erfolgt intravenös, bei ganz kleinen Kindern macht er die subkutane Infusion.

Redner ist der Überzeugung, daß das Salvarsan zum mindesten aus einem schweren Fall von Skarlatina einen leichten macht.

Wegele-Bad Königsborn: „Therapie der Colitis ulcerosa."

Bei der Colitis ulcerosa werden ätiologisch meist nur Tuberkulose, Lues und sonstige Infektionen berücksichtigt, doch ist nach neueren Autoren auch eine endogene Autointoxikation möglich. Bei der Therapie ist zu unterscheiden, ob die Colitis eine akute oder chronische Erscheinung darstellt — bei akuten ist Eis, Prießnitz, Calomel und Öleinlauf zu empfehlen. Bei chronischen Fällen ist eine interne Therapie, Schonungsdiät und lokale Therapie am Platze — bestehend in Reinigungskamilleneinläufen, medikamentösen Einläufen von Ichtyol, Wasserstoffsuperoxyd oder Bolus alba sowie in Dermatoleinblasungen. Die chirurgische Behandlung empfiehlt Redner als ultimum refugium.

Chemotherapie der Tuberkulose.

Gräfin Linden-Bonn: „Tierversuche". Durch subkutane Einspritzungen von Methylenblaulösungen und 1 % Kupferchloridlösungen konnte Stillstand bezw. Heilung der Tuberkulose bei



Tieren erreicht werden; die Lebensdauer wurde verlängert, die Tiere starben nicht an Tuberkulose. Mit der Methylenblaubehandlung wurde 8 Tage, mit der Cu-Behandlung 3 Wochen nach der Infektion begonnen. Bei der Methylenblaubehandlung waren 30 mgr. nötig, durch Cu kam schneller Stillstand zustande. Wo interkurrente Erkrankungen als Komplikationen vorkamen, erzielte nur Cu-Resultate. Der Nachteil der Cu-Behandlung ist der: das Gewebe wird sehr stark gereizt, weniger reizvolls ind Cu-Lezithinverbindungen. Auch eine Cu-Schmierkur wurde versucht, da durch das Experiment weitgehendste Resorption erwiesen wurde.

Meißen-Hohenhonnef: „Lungentuberkulose“: Redner hat bei einer Reihe von Sanatoriumspatienten die Behandlung mit intravenösen und intramuskulären Injektionen monatelang durchgeführt — wöchentlich 2 malige Applikation. In 80 % traten günstigere Erfolge ein als bei einer allgemeinen Kur. Bei hohen Dosen sah er Reizwirkungen. Gut vertragen wurde eine 5 % Kupferlezithinsalbe, jedoch wurde eine rasche Wandlung des Krankheitsbildes dabei nicht beobachtet.

Ein abgeschlossenes Urteil kann Redner noch nicht fällen.

Strauß-Barmen: „Äußere Tuberkulose“. Berichtet über günstige Erfolge bei Lupus und sonstiger äußerer Tuberkulose bei Cu-Behandlung. Er zieht die örtliche Behandlung, da sie am schnellsten wirkt, der Injektion vor. Wenn er injiziert, so bevorzugt er die tiefmuskuläre Injektion. Die Salben zur örtlichen Behandlung werden mit Alkohol ohne Fettzusatz hergestellt. Die Methode hat den Vorzug der ambulanten Behandlungsmöglichkeit.

Selter-Bonn: „Heilungsversuche bei Tuberkulose“ hat Versuche mit Pepsininjektionen gemacht in der Annahme, durch künstliche Entzündung ein Gegengift gegen die Tuberkulose zu erzeugen. Der Erfolg war negativ. Die Chemotherapie mit Methylenblau und Cu ergab bei Tieren gute Erfolge. — Bei 25 Patienten, die ambulant behandelt wurden — meist kombinierte Methylenblau- und Cu-Behandlung — erzielte er folgendes Resultat: Eine leichte Beeinflussung ist vielleicht in dem einen oder anderen Falle nachzuweisen gewesen, eine Heilung aber nicht. Er hält die Resultate noch nicht für derartig, daß man darauf eine Therapie aufbauen kann, außerdem erachtet er die Therapie nicht für ungefährlich.

Röder-Elberfeld: „Neuere Beobachtungen zur Pathologie und Therapie des lymphatischen Rachenrings.“

Die Tonsillen spielen bei den meisten Infektionskrankheiten eine ätiologische Rolle. Der lymphatische Rachenring sollte bei jeder anscheinend vorhandenen Infektion genau inspiziert und durch Ansaugung und Entleerung der Tonsillen und ev. der Rachenmandeln behandelt werden.

Schütze-Bad Kösen: „Über Kalzium-Therapie.“ Redner hat bei Tuberkulösen neutrale Ichthyol-Kalziumlösungen injiziert — 5 ccm Einzeldosis mit 0,0195 Kalzium. Hat bisher 375 Injektionen bei 80 Patienten gemacht und konnte folgenden Erfolg erzielen: Der Auswurf wurde reichlicher, die Temperatur ging zurück, das Allgemeinbefinden hob sich. Redner will mit dieser Therapie, die Hauptaufgabe in der Tuberkulosebehandlung, „die Allgemeintuberkulose aufzuhalten und zu verhindern, daß sich die im Blut kreisenden



Tuberkelbazillen irgendwo im Organismus festsetzen," erfüllen. Er wünscht eine Nachprüfung seiner Therapie unter Kontrolle der zirkulierenden Tuberkelbazillen.

Auch bei Asthma hat er selbst in veralteten Fällen gute Erfolge gesehen; er nimmt daher an, daß die Kalziuminjektion direkt abschwellend auf die Schleimhäute wirkt.

Hirschstein-Hamburg: „Über die Beziehungen des Schwefels zum Stickstoff in Nahrungsmitteln mit besonderer Berücksichtigung von Frauen- und Kuhmilch."

Nach den Untersuchungen des Vortragenden wird der Schwefel bei Eiweißbestimmungen nicht genügend berücksichtigt. So sind z. B. alle Volksnahrungen, wie Brot, Reis und Eier relativ stickstoffarm, aber schwefelreich. Frauen- und Kuhmilch sind ebenfalls schwefelreich. Bei der Frauenmilch zeigt das Verhältnis von N : S große Schwankungen in den ersten 8 Tagen, später ist das Verhältnis konstant. Bei der Kuhmilch ist es dauernd konstant. Auch die menschliche Muskulatur ist schwefelreich — der Eiweißhunger ist zum großen Teil Schwefelhunger.

Hackenbruch-Wiesbaden: „Die ambulante Behandlung von Knochenbrüchen mit Distraktionsklammern."

Um durch frühzeitige ambulante Behandlung ohne Verkürzung des Beines einen Knochenbruch der unteren Extremität zur Heilung zu bringen, bedarf man einer Vorrichtung, die es ermöglicht, jederzeit z. B. bei einem Schrägbruch beider Unterschenkelknochen, die Verkürzung auszugleichen und die Deviation der Bruchstücke zu beseitigen. Diesen Zweck dient eine von Kaefer 1901 angegebene Distraktionsklammer, die in den Gipsverband eingegipst wird. Redner hat diese Klammer so modifiziert, daß man mit ihrer Hilfe in der Lage ist, auch jede seitliche Dislokation auszugleichen. Die Klammern werden in folgender Weise angewendet: Hat man es mit einem typischen Schrägbruch beider Unterschenkelknochen im mittleren Drittel zu tun, so wird zunächst in möglichst korrigierter Stellung ein Streifgazeverband mit eingelegten Holzschienen angelegt, der von den Zehen bis über das Kniegelenk reicht. Patient bleibt zunächst im Bett. Etwa 10 Tage später wird dieser Verband vorsichtig entfernt; dann wird, wieder bei gebeugtem Kniegelenk wie das erste Mal, ein zirkulärer Gipsverband angelegt, der von den Zehen bis zum Knie reicht. Hierbei ist besonders auf gute Polsterung zu sehen, und zwar in der Gegend der Knochenvorsprünge. Neuerdings benutzt Redner hierzu Faktiskissen. Nachdem diese Kissen durch eine einfache Wickelung mit einer Cambricebinde bei leichter Beugestellung im Kniegelenk am Unterschenkel und Fuß befestigt sind, wird darüber aus Gipsbinden ein zirkulärer Verband in allgemein üblicher Weise angelegt. Sobald der Verband anfängt zu erhärten, wird er möglichst in der Höhe der Bruchebenen der Tibia mit einem Messer zirkulär durchschnitten bis auf die Cambricewickelung. Sodann werden lateral und medial die vorher in ihren Kugelgelenken in gerader Richtung festgestellten Distraktionsklammern, d. h. deren längsgestellte Fußplatten, durch Bindeturen angegipst. Die beiden Klammern wirken nach Erhärtung des Gipses vorläufig nur als stützende Schienen des Verbandes. Nach einem Tage wird dann mittels der Klammer die Distraktion begonnen und an den nächsten



Tagen fortgesetzt, bis die Verkürzung ganz behoben ist. Nachdem der Spalt im Gipsverband die Breite von einigen Zentimetern erreicht hat, empfiehlt es sich, durch eine Röntgenaufnahme die Stellung der Fragmente zu kontrollieren. Stehen die Bruchstellen richtig zueinander, so kann man den Spalt im Gipsverband entweder durch Umwickeln mit einer Gipsbinde oder durch eine Wasserglasbinde ausfüllen. Nach deren Erhärtung kann der Patient das Bett verlassen.

Auch für die Behandlung der Oberschenkelbrüche eignen sich die Distraktionsklammern, ferner für Brüche beider Vorderarmknochen im mittleren Drittel.

Durchschnittlich bleibt der Distraktionsklammergipsverband bei Unterschenkelbrüchen etwa 4 Wochen liegen und wird nur dann erweitert, wenn noch keine genügend feste Konsolidation des Bruches eingetreten ist.

Felten-Stoltzenberg (Wyk-Föhr): „Die Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose an der See."

Die Redner haben als erste in Deutschland seit dem Frühjahr 1912 die Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose an der See durchgeführt. Sie haben bei einer größeren Zahl leichter und einer Reihe schwerer Fälle überraschend schnelle Besserung und Heilung erzielt. Der Verlauf der Heilung unter Insolation ist folgender: Eminente Steigerung der eitrigen Sekretion für etwa 3 Wochen, dabei Abnahme der Schmerzhaftigkeit schon nach wenigen Tagen. Darauf Abfall der Temperatur zur Norm, seröse Sekretion, die langsam unter Heilung der Fisteln versiegt. Dabei ist eine für die Bewertung der Heliotherapie an der See überaus wichtige Beobachtung zu machen: Ist die Heilung einmal durch die Insolation angebahnt, so schreitet sie unabhängig von ihr weiter, gleichgültig, ob Sonne scheint oder nicht. Das kann nur zurückzuführen sein auf andere dem Seeklima eigentümliche Heilfaktoren, wahrscheinlich dem hohen Ozon und Wasserstoffsuperoxydgehalt und einem geringen Jodgehalt der Seeluft. Die Heliotherapie an der See muß an sorgfältig ausgewählten Plätzen in eigens dazu gebauten Häusern erfolgen. Die Behandlung muß in den Händen chirurgisch-orthopädisch ausgebildeter Ärzte liegen.

Jaschke-Gießen: „Ziele und Erfolge der Säuglingsfürsorge an Gebäranstalten."

Die tätige Teilnahme der Geburtshelfer an den Bestrebungen der Säuglingsfürsorge ist wichtig, denn oft entscheidet die Behandlung der Neugeborenen in der ersten Zeit über das ganze spätere Schicksal der Kinder. Jede rationelle Arbeit auf diesem Gebiete hat aber auf 2 Punkte zu achten: „Durchführung einer strengen Asepsis und der natürlichen Ernährung in jedem Falle". Zur Erfüllung der ersteren Forderung gehört die Entfernung der Kinder aus den Wöchnerinnenzimmern, die Trennung des Pflegepersonals für Mütter und Kinder und die Verhütung sowohl der Keimübertragung aus der Umgebung oder den Lochien der Wöchnerin auf das eigene und fremde Kind als auch von einem Kind auf das andere. Größte Reinlichkeit beim Anlegen von seiten der Mütter sind dazu erforderlich. Die Durchführung der natürlichen Ernährung während der Neugeborenenzeit gelingt in jedem Falle; bei Hypogalaktie muß durch stetes Leerpumpen der Brust nach jedem Anlegen, Stauungshyperämie und kräftige Ernährung die Sekretion gesteigert werden.



Die erzielten Erfolge — 100 % natürlicher Ernährung, fast durchweg gutes Gedeihen der Kinder bei diesem Regime — beweisen die Richtigkeit der angeführten Grundsätze.

Schickele-Straßburg: „Klinische Beiträge zur Lehre des Geburtsmechanismus."

Bei genügend langen und wiederholten Untersuchungen während der Geburt zeigt es sich, daß der Kopf oft nicht mit querstehender Pfeilnaht in das Becken eintritt, daß vielmehr häufiger als bisher angenommen, die Pfeilnaht in den geraden Durchmesser tritt und bis zum Austritt so bleibt. Die sogenannte innere Drehung des Schädels kommt im Bereiche des Beckenbodens zustande und spielt sich innerhalb mehrerer Ebenen ab im Verlauf des Tiefertretens des Schädels; sie beginnt bei I par. etwas oberhalb der Beckenenge und ist meist vollendet, wenn der Schädel in den Beckeneingang tritt — bei Mehrgebärenden beginnt sie etwas tiefer — ihre letzte Phase zuweilen während des Durchschneidens sichtbar.

Es läßt sich leicht nachweisen, daß die 2. Drehung des Schädels unabhängig von der Lage und den Drehungen des Rückens zustande kommt. Wenn z. B. kleine Fontanelle und Rücken anfangs hinten liegen, kann die 2. Drehung ohne Schwierigkeit erfolgen, selbst wenn der Rücken hinten liegen bleibt und bei der Geburt noch so austritt.

Langstein-Berlin: „Gemüsekost und Säuglingsalter". Redner berichtet über die Erfahrungen, die im Kaiserin-Auguste Viktoriahaus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche bei Verabreichung von nach dem Verfahren Friedenthals dargestellten Gemüsepulver, insbesondere Spinat und Karotten gemacht wurden. Schon die Untersuchung der Stühle jener Kinder, welche mit diesem Gemüsepulver ernährt wurden, ließ den Schluß zu, daß die Ausnutzung eine ungleich bessere ist, als die der nach üblicher Art zubereiteten Gemüse. Vom klinischen Standpunkt aus ist zu bemerken, daß es möglich ist, Kindern schon im 5.—6. Monat Gemüsepulver in Milch und Milchmischungen zu verabreichen — auch große Mengen wurden ohne Schaden vertragen. Bei der oft bestehenden Notwendigkeit, Säuglingen vom 6. Monat an Salz in genügender Menge für den Gewebeausbau zuzuführen, ist diese Tatsache von nicht geringer Bedeutung.

Es scheint, daß die Methode nicht nur bei der Ernährung des gesunden Säuglings, sondern auch bei der des kranken Vorteile hat. Jedenfalls verdient die Methode eine Erprobung im großen Stil.

Ascher-Hamm: „Zur Statistik der Kindertuberkulose": Redner macht auf das merkwürdige Verhalten der Tuberkulosesterblichkeit im Gegensatz zur Infektion im schulpflichtigen Alter aufmerksam. Die Sterblichkeit erreicht hier, wie bei allen Todesursachen, ihren Tiefpunkt, während die Infektion, gemessen an den tuberkulösen Befunden unter allen in einer Reihe pathologischer Institute obduzierten Leichen — Wien, Zürich, Berlin, München, Kiel, Dresden — nahezu ihren Höhepunkt erreicht. Entsprechend der geringen Sterblichkeit waren auch die Fälle von tuberkulöser Erkrankung im schulpflichtigen Alter so gering, daß man Fälle von offener Tuberkulose in dieser Zeit als Seltenheit bezeichnen kann. Diese Feststellungen, auf die Redner schon früher hingewiesen, und die zuerst sehr angegriffen wurden, haben inzwischen ihre volle Bestätigung erhalten. Die hohe Infektionsziffer durch die kutanen Tuberkulinunter-

suchungen nach v. Pirquet — die niedere Sterblichkeit durch C. Fränkel und die geringe Zahl offener Tuberkulosen durch die verschiedensten schulärztlichen Untersuchungen.

Fürst-Hamburg: „Über den Einfluß der sozialen Lage auf die Schultauglichkeit."

Redner versteht als Schularzt unter Schultauglichkeit zunächst die Eigenschaft des Kindes, zur gesetzlich vorgeschriebenen Zeit so weit körperlich und geistig gereift zu sein, daß es mit Aussicht auf Erfolg in die Schule eintreten kann. Weiter muß die Möglichkeit bestehen, daß das Kind ohne wesentliche Überschreitung der vorgesehenen Zeit die verschiedenen Stufen der Schule durchlaufen kann; und schließlich muß auch das Ergebnis der Schulausbildung, also die genügende Reife für das praktische Leben erreicht werden. Aus diesen drei Punkten ergibt sich die Schultüchtigkeit im positiven Sinne, welche durch die soziale Lage des Individuums, wie auch seiner Umgebung beeinflußt wird.

Über die zweckmäßigste Zeit der Einschulung bestehen zwischen Ärzten und Pädagogen einerseits und den Eltern andererseits Meinungsverschiedenheiten. Während diese häufig für eine möglichst frühzeitige Einschulung sind, halten die Lehrer bei genügender geistiger und körperlicher Frische das 6. Lebensjahr fest. Ein bekannter englischer Schulhygieniker zeigt als Folgen allzufrühen Schulbesuches eine Schädigung in der körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes, eine erhöhte Sterblichkeit an ansteckenden Krankheiten; er berechnet, daß dem Staat durch den zu frühen Schulbesuch alljährlich 20 Millionen Mark unnütze Kosten entständen.

Die hauptsächlichsten Krankheitszustände, die zur Zurückstellung schulpflichtiger Kinder führen, sind Rhachitis, Skrofulose und Tuberkulose; auch der Alkoholismus der Eltern muß hier erwähnt werden, da er bei der Beobachtung von jugendlichem Schwachsinn deutlich seinen Einfluß zeigt. Besonders eng im Zusammenhang mit der Schulfähigkeit steht die Wohnungsfrage. Der Unterschied zwischen Stadt und Land prägt sich deutlich aus, ja sogar der Übergang von der Stadt zum Land, vom Zentrum zur Peripherie zeigt deutliche Wirkungen. Eine Folge ungünstiger Wohnungsverhältnisse ist die Tatsache, daß vielen Schulkindern Zeit und Gelegenheit zum Schlafen fehlt. Nur ein Drittel aller Schulkinder hat ein Bett für sich. Große Mißstände sieht man vielfach in der Ernährungsfrage in gleichem Maßs in Stadt und Land. Auf dem Lande macht sich besonders der schädliche Einfluß, den die Ausbreitung des Molkereibetriebes auf die Volksgesundheit auf dem Lande ausübt, unverkennbar bemerklich, denn immer mehr und mehr verschwindet die Milch aus dem ländlichen Haushalt.

Auch die gewerbliche Ausbildung der Schulkinder sowie die Erwerbstätigkeit der Frau außerhalb des Hauses sind verhängnisvoll für die Schultauglichkeit der Kinder.

Da sich die soziale Lage der Eltern in der Schultüchtigkeit der Kinder spiegelt, so ist eine Besserung nur durch großzügige Sozialreform zu erzielen.

Mex-Berlin: „Beobachtungen in bezug des Zusammenhanges der periodontitischen Erkrankungen der Zähne, im besonderen zu den Drüsenerkrankungen der Kinder."

Die periodontisch erkrankten, sowie die mit gangränöser Pulpe be-



hafteten Zähne, besonders die Backenzähne der Kinder, stehen in engster Beziehung zu den Drüsenerkrankungen des Halses und Kopfes und zu den meisten infektiösen Kinderkrankheiten. Redner schlägt die nachfolgende Resolution, die in der Abteilung für Zahnheilkunde angenommen wird, vor: „Dadurch, daß die in der Nachbarschaft der kranken Zähne sich befindenden Drüsen und Schleimhäute selbst erkranken und den Nährboden für die Krankheiten präparieren, daß sie ferner alle Infektionsstoffe inklusive Tuberkelbazillen in sich beherbergen und nähren, sowie dieselben bezw. ihre Toxine in die Blut- und Lymphbahnen entsenden — aus diesem Grunde wäre es wünschenswert, daß an sämtlichen Schulen eine halbjährliche Untersuchung, resp. Behandlung der Mundhöhle, durch approbierte Zahnärzte obligatorisch stattfände. Desgleichen müßte zu jedem größeren Krankenhause ein Zahnarzt ständig hinzugezogen werden.

Reiner-Straßburg: „Über Kindertuberkulose". Redner hat röntgenologische Studien über pathologisch-veränderte Bronchialdrüsen an Kindern vorgenommen, die an äußerer Tuberkulose litten. Maßgebend war dabei die Vorstellung, daß der Primäraffekt der Tuberkulose in der Lunge sitze und daß demzufolge auch eine tuberkulöse Veränderung der tracheobronchialen Lymphdrüsen, deren Quellgebiet das betreffende Lungenterritorium ist, vorliegen müsse. Man ist erstaunt, welch überraschende Befunde bei derartigen Individuen besonders in der Hilusgegenden sich manchmal darbieten. Auch mitten im Lungengewebe, weitab vom Mittelschatten, wurden häufig scharf umrissene Herde von brillanter Schattentiefe angetroffen, so daß man vor dem Schirm zuerst den Eindruck hatte, als ob ein Projektil im Lungengewebe säße. Sicherlich handelt es sich in solchen Fällen um verkalkte Pulmonaldrüsen.

Vor allem wurden aber noch auffallende Befunde im oberen Lungenfeld erhoben und zwar vornehmlich im Bereich des ersten und zweiten Interkostalraumes. Die Schattengebilde besaßen meistens eine sehr beträchtliche Schattentiefe, lagen breit dem oberen Herzschattenrande auf und reichten bandartig nach oben bis an die Clavicula — oder sie wuchsen in Form tumorenartiger Gebilde gewissermaßen in die oberen Interkostalräume seitlich hinaus. Bei der Sektion von sechs Fällen, die zur Autopsie kamen, zeigte sich, daß Convolute von verkästen z. T. verkalkten paratrachealen bezw. bronchotrachealen Lymphdrüsen vorlagen.

Marcus-Frankfurt: „Kolloidale Kieselsäure und Kieselsäure-Präparate, deren Anwendung in der inneren Medizin, Chirurgie, Dermatologie und Gynäkologie."

Redner referiert über kieselsäuretherapeutische Erfahrungen, die auf verschiedenen Spezialgebieten der Medizin in den letzten Jahren gemacht worden sind und zieht dieselben in Vergleich mit seinen eigenen Beobachtungen.

Dank des hohen Aufsaugevermögens, welches die reine Kieselsäure hat, gelingt es, jede Flüssigkeit, jedes Öl, Wachs oder Harz mit ihr in in trockene staubfreie Pulver zu bringen, so daß sich intern oder extern anzuwendende therapeutische Präparate leicht herstellen lassen.

Auch auf die kieselsäurehaltigen Mineralwässer, deren leukozyten-



vermehrende Wirkung Schwarz kürzlich in der Rostocker medizinischen Klinik konstatieren konnte, kommt Vortragender zu sprechen.

Er empfiehlt die Anwendung der Kieselsäure auf Grund der von ihm und anderen Autoren gemachten Beobachtungen in der inneren Medizin: bei Vergiftungen und bei Infektionen des Respirations- und Verdauungskanales — in der Chirurgie bei Karzinomen, in der Dermatologie: als antibakterizides austrocknendes Therapeutikum und in der Frauenpraxis vornehmlich bei Fluor jeder Art.

Bussenius-Münster: „Die Beziehungen der Arteriosklerose zum Heeresersatz und Heeresdienst."

Der Vortragende, der feststellen wollte, ob speziell durch den Heeresdienst Arteriosklerose begünstigt werde, gelangte zu folgendem Ergebnis: Obwohl Blutdrucksteigerung bei zu langer Ausdauer und zu häufiger Wiederholung (im Sinne einer Abnutzung der Gefäßwände) einer frühzeitigen Entstehung der Arteriosklerose Vorschub leistet, und obwohl der Militärdienst namentlich bei den noch untränierten Leuten, zu öfteren und andauernden Blutdrucksteigerungen zweifellos Anlaß gibt, so haben doch alle Untersuchungen, wie auch die vorhandenen sparsamen statistischen Angaben die Bestätigung nicht erbringen können, daß tatsächlich die Ausübung des Soldatenhandwerks für die Mitglieder des Wehrstandes die Gefahr involvierte, frühzeitiger oder öfter und etwa in eigenartiger Weise von der Arteriosklerose befallen zu werden als die Angehörigen anderer Berufsarten.

Ehrlich-Frankfurt a. M. spricht in der Salvarsan-Debatte und erklärt, daß zur Zeit nicht entschieden werden könne, ob das Neosalvarsan dem Salvarsan vorzuziehen sei. Es brauche der Erfahrung mehrerer Jahre, um hier eine Entscheidung zu treffen. Neosalvarsan wird — der Luft ausgesetzt — rasch giftiger, da es hochgradig oxydationsfähig sei. Doch kann man durch entsprechende Behandlung des Neosalvarsans seine Giftigkeit in hohem Grade reduzieren. Es ist merkwürdig, daß manche Ärzte bei Salvarsan unangenehme Nebenerscheinungen beobachten, andere nicht. Es scheint sich bei den Fällen mit schweren Nebenerscheinungen um Verunreinigungen des Wassers zu handeln, welches zu den Injektionen verwendet wird. Es wird notwendig werden, entsprechend sterilisiertes Wasser in bleifreien Glasgefäßen den Ärzten zur Verfügung zu stellen. Das sogenannte Arsenikgift spielt nicht die ausschlaggebende Rolle bei den unangenehmen Nebenerscheinungen. Freilich muß man bei manchen Fällen mit der Verwendung des Salvarsans sehr vorsichtig sein. Die dankbarsten Fälle sind jene, wo gleich bei den ersten Erscheinungen Salvarsan verwendet wird. Aber auch bei schweren chronischen Fällen sieht man günstige Erfolge. So hat man auch bei Tabesfällen mit Hilfe des Salvarsans sehr wesentliche Besserungen erzielt.

Kronmayer-Berlin: „Ursachen und Behandlung des gewöhnlichen Haarausfalles" (Alopecia pityrodes.)

Der gewöhnlich zur Glatze führende Haarausfall hat seine Ursache in unserer Zivilisation. Dem Haarboden werden durch Frisuren, Haareinlagen, Kopfbedeckungen und Aufenthalt in geschlossenen Räumen Luft und Licht vorenthalten. Schweiß und Talgdrüsensekrete haben Gelegenheit, sich auf dem Kopfe anzusammeln und eine Brutstätte für hautschmarotzende Mikroorganismen zu bilden, die die Kopfhaut reizen und entzünden. Redner verlangt eine regelmäßige Reinigung der Kopfhaut, wie es das Champonieren darstellt. Er hat selbst einen



Haarglittel — eine Art Bürste, die zwischen den Haaren hindurchgleitet, angegeben, die er empfiehlt. Auch zu therapeutischen Zwecken ist der Glittel geeignet, wenn er mit Haarwasser, mit Natron, Salizyl, Resorzin, Teerpräparaten usw. befeuchtet wird. Besonders empfiehlt Redner therapeutisch den Schwefel in spirituösen Emulsionen oder in Puderform.

Mayer-München: „Die Anforderungen an Fleisch-Büchsen-Konserven".

Der Vortragende stellt einerseits fest, daß gut geleitete Konserven-Fabriken einwandfreie Ware zu Markt bringen können. Andererseits müssen aber die Konserven bestimmten Anforderungen genügen, wenn sie die ihnen zukommende Rolle ausfüllen sollen. So fordert der Vortragende die Verwendung bestimmter Temperaturen und Drucke beim Sterilisieren, des weiteren eine solche vom besten Material für den Inhalt wie auch für die Büchse. Jede Büchse soll die Jahreszahl ihrer Herstellung aufgeprägt haben. Es muß Sache der Industrie sein, die jetzigen Verfahren immer weiter auszubauen; vor allem aber soll sie versuchen, einwandfreie Haltbarkeit, dabei aber auch billige und für den Massengenuß brauchbare Fischkonserven zu verfertigen.

Mack-Hohenheim: „Über die bei dem großen schwäbischen Erdbeben vom November 1911 beobachteten außergewöhnlichen Lichterscheinungen."

Es ist eine alte Streitfrage, ob die ungewöhnlichen Lichterscheinungen, die in einzelnen Berichten über frühere Erdbeben erwähnt werden, als reale äußere Vorgänge anzusehen sind oder nicht. Von wissenschaftlicher Seite wurde diese Frage bis jetzt überwiegend verneint; man war geneigt, derartige Beobachtungen auf subjektive Lichtempfindungen zurückzuführen, auf Sinnestäuschungen infolge des Schreckens über die ungewohnten Wirkungen der Erdstöße oder auf Nervenreizungen infolge von mechanischem Stoß oder man betrachtete sie überhaupt als Ausgeburten einer überreizten Phantasie. Das schwäbische Erdbeben hat nun ein sehr reichhaltiges Beobachtungsmaterial geliefert, das sich auf derartige ungewöhnliche Lichterscheinungen bezieht, die als seismische Lichterscheinungen bezeichnet werden können; aus ihnen geht in unumstößlicher Weise hervor, daß bei Erdbeben tatsächlich Lichterscheinungen vorkommen können, die auf bis jetzt unbekannte oder noch nicht völlig aufgeklärte Ursachen zurückzuführen sind. Der Vortragende macht nun zunächst Mitteilungen über die Reichhaltigkeit und Glaubwürdigkeit des von ihm bearbeiteten Beobachtungsmaterials. Er gehörte selbst anfänglich zu denen, die an die objektive Realität der berichteten Erscheinungen nicht glauben wollten und nach anderen Erklärungsgründen suchten; die Berichte strömten jedoch in solcher Fülle und in so übereinstimmender Weise zu, daß seine Zweifel völlig überwunden wurden.

Aus den von früheren Erdbeben vorliegenden Angaben über seismische Lichterscheinungen geht hervor, daß 3 verschiedene Erscheinungsformen zu unterscheiden sind, die in den Berichten immer wiederkehren und die jetzt auch bei dem schwäbischen Erdbeben beobachtet worden sind. Diese 3 Hauptgruppen sind die folgenden: 1. Flammen aus dem Erdboden, 2. Feuerstrahlen, welche aus dem Boden aufschießen und Feuerkugeln bilden, 3. blitzartiges Aufleuchten der Atmosphäre m Moment der Erschütterung oder kurz vor- oder nachher. Redner kommt zu dem Schluß, daß jeder Versuch, die beobachteten Erschei-



nungen als subjektive Lichtempfindungen zu deuten, als aussichtslos zu bezeichnen ist, und daß an der Wirklichkeit der seismischen Lichterscheinungen in Zukunft nicht mehr gezweifelt werden darf. Was nun die Erklärung dieser Erscheinungen betrifft, so hält der Redner für wahrscheinlich, daß es sich im Fall der ersten Gruppe um brennbare Gase handelt, die durch das Erdbeben aus dem Boden ausgepreßt werden. Der Posidonienschiefer der schwäbischen Alb ist eine Schicht, in welcher aus den dort reichlich vorhandenen bituminösen Substanzen derartige Gase sich entwickeln können. Bei den weiteren Erscheinungen handelt es sich ohne Zweifel um elektrische Vorgänge. Eine sichere Grundlage für die Erklärung der seismischen Lichterscheinungen zu schaffen, wird Aufgabe weiterer Untersuchungen sein.

Referate und Besprechungen.

Chirurgie und Orthopädie.

Riedel (Jena), **Über Bauchverletzungen.** (Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 1 u. 2.)

Während man bei offenen Bauchverletzungen ganz genau das therapeutische Vorgehen weiß, ist es bei Verletzungen mit intakten Bauchdecken meist recht schwierig, die rechte Behandlungsweise einzuleiten. Von großer Wichtigkeit ist eine möglichst frühzeitige Diagnose. Durch das von Trendelenburg erkannte Symptom der Bauchdeckenspannung, die ja unbedingt Ruptur eines Hohlorgans oder abundante Blutung bedeutet, sind wir in der Lage, jetzt zeitig eingreifen zu können. Diese Bauchmuskelstarre richtet sich in ihrem Eintreten ganz nach der Verletzung. Handelt es sich um einen Substanzverlust im Magen, so wird sie sofort einsetzen, bei nur etwas erheblicherer Ausdehnung der Wunde. Bei nur kleiner Öffnung ist es jedoch nicht gesagt, daß sogleich stürmische Erscheinungen beobachtet werden. Bei Perforationen des Darms ist der Füllungszustand von entsprechender Bedeutung, wobei natürlich auch Größe und Lage der Wunde, ob Längs- oder Querriß, wichtig sind. Da sich der Darm nach der Verletzung kontrahiert, wird besonders bei Querwunden wenig Inhalt auslaufen. Je nach dem Auslaufen wird die Spannung früher oder später eintreten. In wenigen Ausnahmen, von denen R. eine schildert, bleibt die Spannung ganz aus. An einen sicheren Verschluß der Darmwunde durch Kontraktur glaubt er nicht recht. Man muß daher danach streben, Kranke mit Löchern im Darm innerhalb der ersten 6 Stunden nach der Verletzung zu operieren, wobei man sich auch nicht durch objektives Wohlbefinden irre machen lassen darf. Das beste Symptom der Darmzerreißung ist also die Bauchdeckenspannung. Die anderen, wie Erbrechen, Pulsbeschleunigung und Verschwinden der Leberdämpfung sind nicht so konstant, letzteres tritt ja überhaupt erst ein, wenn es infolge von Peritonitis zur Tympanie gekommen ist.

Was den Mechanismus der Verletzung angeht, so handelt es sich bisweilen um ganz leichte Gewalteinwirkungen. Für gewöhnlich entsteht die Ruptur auf die Weise, daß der Darm gegen die Wirbelsäule getrieben und zerquetscht wird, oder daß er im gefüllten Zustande platzt. In anderen Fällen platzt er nicht direkt, sondern er wird von seinem Mesenterium abgerissen, verfällt der Gangrän und erst allmählich kommt es zur Perforation. Hier ist der Verlauf auch weniger stürmisch, da sich eine Kotfistel oder ein Kotabszeß bildet. Natürlich sind derartige Verletzungen sehr schwer zu beurteilen und auch zu behandeln. Operiert man sehr bald, so weiß man nicht, ob das von seinem Mesenterium losgelöste Darmstück auch wirklich gangränös werden wird,



wartet man einige Tage, so legt man mitten im Bauch eine gangränöse Schlinge frei und führt dadurch mit Sicherheit den Tod herbei. Es dürfte sich daher empfehlen, bis zur Bildung eines zirkumskripten Abszesses zu warten, wobei ja freilich auch mancher exitus eintreten wird, wenn sich nämlich der Abszeß nicht abkapselt.

Auch von oben und unten kann die Darmverletzung erfolgen, auch Pfälungen kommen vor. Von den geschilderten 24 Magendarmverletzungen konnten nur 8 geheilt werden. Von weiteren Bauchverletzungen führt R. sieben Leberverletzungen, von denen 4 zur Heilung kamen, und einen nach Sturz entstandenen Milzabszeß an. Leberrupturen sind also prognostisch günstiger, insbesondere wenn das Trauma nicht allzuschwer war, wodurch andererseits aber wieder die Diagnose erschwert wird, weil sich die Starre ja erst allmählich entwickelt. Recht unangenehm liegen die Verhältnisse bei gleichzeitiger Nierenverletzung. Dadurch wird oft die Aufmerksamkeit von den Bauchorganen abgelenkt, und konservativ verfahren. Es ist also sofortiges Eingreifen bei Leberruptur zu fordern, man darf auch nicht durch den Shok davon abgehalten werden. Auf das Entstehen einer rechtsseitigen Dämpfung darf nicht gewartet werden. Bei der Diagnose einer Milzruptur ist dagegen Gewicht auf das Auftreten einer linksseitigen Dämpfung zu legen.

Was die Verletzungen der Niere betrifft, so ist, wie schon gesagt, ein konservatives Verfahren am Platze. R. möchte diese Forderung allerdings nicht zum Dogma erhoben wissen. Er teilt drei Fälle mit, bei denen er unbedingt operieren mußte. Zum mindesten ist es notwendig, in schwereren Fällen zur Klärung der Situation zu inzidieren.

Von Blasenverletzungen hat er nur 4 beobachtet. 3 konnten geheilt werden, bei dem vierten bestand eine Komplikation in Gestalt zweier Divertikel, deren eines platzte und so den exitus herbeiführte.

Leichtere Verletzungen des Bauches ohne Organläsion sollen sich nach Heinicke durch eine gleich in den ersten Stunden auftretende Tympanie kenntlich machen. Dies läßt sich aber nur dann sicher konstatieren, wenn der Kranke sofort nach dem Unfall in Behandlung kommt. Häufig ist aber eine leichtere Verletzung ein sehr dehnbarer Begriff. Während oft schwere Traumen keine besonderen Organschädigungen bewirken, sieht man nach anscheinend geringfügigen Unfällen die schwersten Organverletzungen. Bei leichten Bauchverletzungen sind Beschwerden nicht selten auf dadurch entstandene Adhäsionen einiger Organe miteinander zurückzuführen.

Schließlich erwähnt R. noch einige Bauchdeckenverletzungen, darunter 7, bei denen zwar das Peritoneum eröffnet worden war, die Eingeweide aber nicht verletzt waren. F. Walther.

Sonnenburg, G. (Berlin). **Appendizitis und Kolitis.** (Ther. d. Gegenw. 1912, H. 7.)

Nach kurzer Besprechung der akuten und chronischen Appendizitis und deren Beziehungen zur Kolitis geht S. auf die akute und die chronische zirkumskripte und die ulzeröse Kolitis ein und betont u. a., daß es keine einzige Art von Kolitis gebe, bei der chirurgische Behandlung ohne weiteres nötig sei, so daß diese erst einzusetzen brauche, wenn die innere Behandlung versage. In Betracht kommen Fistelbildung, Anlegung eines widernatürlichen Afters, Enteroanastomose, Ileo-Sigmoidostomie, endlich Resektion ganzer Darmabschnitte. Da manche Erscheinungen noch nicht genügend geklärt sind und Dauerresultate noch fehlen, so solle der Chirurg sich jeden Übereifers enthalten. Esch.

Vulpius (Heidelberg), Eitrige Hirnhautentzündung nach Kniequetschung — Tod als mittelbare Unfallfolge. (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1911, Nr. 8.)

Da es sich um einen Bluterguß mit entzündlicher Ausschwitzung und Vereiterung in einem Schleimbeutel des Knies als Unfallfolge handelte und die eitrige Hirnhautentzündung mit der Eiterung im Knieschleimbeutel in ursächlichem Zusammenhang stand (Verschleppung der Eitererreger aus der



Kniegegend auf dem Wege der Blutbahn), war der an der Hirnhautentzündung erfolgte Tod als mittelbare Folge des Betriebsunfalles anzuerkennen.
M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Walter, E., Epidemische Kinderlähmung und Trauma. (Med. Poliklinik Marburg. Unfallheilk. 1911, Nr. 8.)

Fälle, in denen ein Trauma ein völlig gesundes Individuum betrifft und unter Wahrung der Inkubationsfrist und verbunden durch eine Kette kontinuierlicher Beschwerden eine typische akute Poliomyelitis anterior nach sich zieht, sind äußerst selten. Verfasser veröffentlicht das Gutachten über einen solchen Fall: 28 jähr. Dachdecker, der 10 Tage nach einem Unfall ($2^1/_2$ m tiefer Sturz auf den Rücken, die linke Seite und das linke Bein) unter den typischen Symptomen der epidemischen Kinderlähmung erkrankte und Parese des rechten Arms, sowie schlaffe Lähmung der unteren Extremitäten zurückbehielt. An einem Zusammenhang mit dem Trauma kann nicht gezweifelt werden. Der Unfall ereignete sich in einer Gegend, in der damals die epidemische Kinderlähmung gehäuft auftrat, und es ist besonders bemerkenswert, daß auch die beiden Kinder des Meisters, bei dem der Verletzte wohnte und aß, von dieser Krankheit befallen waren.
M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Waegner, K. (Charkow), **Zur Behandlung veralteter Oberschenkelbrüche.** (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1911, Nr. 9.)

Bei veralteten, in fehlerhafter Stellung der Fragmente verheilten Diaphysenbrüchen des Oberschenkels ist nach blutigem Eingriff eine gewaltsame Reposition der ad longitudinem dislozierten Fragmente durch einmaliges Einschreiten nicht angängig, es bedarf hierzu einer allmählichen permanenten Extension. Die bei Diaphysenbrüchen des Oberschenkels bei weitem am häufigsten vorkommende Form von Dislokation (abgesehen von der Längsverschiebung) ist diejenige des unteren Fragmentes nach hinten, hervorgerufen durch die Kontraktion der Wadenmuskeln. Deshalb muß der Unterschenkel in Beugestellung gebracht werden. Eine Kombination von permanentem Zug und beliebiger Beugestellung des Unterschenkels gestattet — im Gegensatz zum Bardenheuerschen Verfahren — die Steinmannsche Nagelextension, die außer der Möglichkeit frühzeitiger Übungen auch die schonende Dehnung der retrahierten Muskeln zuläßt. M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Stoecklin, H. (Berlin), **Neue Maske und Methode zur Äther-Narkose** (Saugmethode). (Der Frauenarzt 1912, H. 7.)

Der vor kurzem verstorbene Frauenarzt Stöcklin hat eine Äthernarkosenmethode ausgearbeitet und in über 300 Fällen erprobt, deren Prinzip auf der automatischen Zuführung des Äthers zur Maske durch einen Baumwollendocht beruht. Letzterer stellt die Verbindung der neben dem Patienten stehenden Flasche mit der Maske her. Die Saug-Methode zeichnet sich durch Gleichmäßigkeit und Ruhe der Narkose und geringen Ätherverbrauch aus. (Med. Warenhaus, Berlin NW, Preis Mk. 6,50.) Esch.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Pankow, O., Die endogene Infektion in der Geburtshilfe. (Aus der Univ.-Frauenklinik in Freiburg.) (Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn., 71. Bd., 3. Heft, 1912.)

In die Frage der Selbstinfektion, welche seit Jahrzehnten die Gemüter beschäftigt, kann, wie P. mit Recht betont, erst Klarheit kommen, wenn man die von Aschoff vorgeschlagene Einteilung akzeptiert. 1. Infekton mit endogenen Keimen, a) spontane, b) artifizielle (Hinaufschieben der Keime der unteren Abschnitte des Genitaltraktus durch die behandschuhte Hand oder sterile Instrumente). 2. Infektion mit exogenen Keimen. 3. Hämatogene, lymphogene oder deszendierende Infektion. 4. Autoinfektion durch die Hand usw. der Kreißenden selbst mit a) endogenen, b) ektogenen, c) exogenen Keimen. — Um die Rolle der endogenen Keime



zu ergründen, stellte P. zunächst bakteriologische Untersuchungen an. Aus bestimmten näher präzisierten Gründen beschränkte er sich auf die auf leicht alkalisch reagierenden Agargußplatten wachsenden fakultativ anaeroben Keime, zu denen vor allem die pyogenen Streptokokken gehören. P. stellte zunächst fest, daß es keineswegs gleichgültig sei, aus welchem Teil des Genitaltraktus die Sekretproben entnommen werden. Er wies nach, daß von der Vulva nach dem Fundus der Scheide zu die Zahl der fakultativ anaeroben Keimen stetig abnimmt, daß mithin eine ständige Emporwanderung von diesen Keimen von der Vulva aus nach oben stattfinden müsse, gleichzeitig aber auch eine beständige Vernichtung derselben in der Vagina, d. h. die alte von Menge und Krönig bereits gelehrte Selbstreinigungsfähigkeit der Vagina. Daß diese in der Tat besteht, konnte P. außerdem sehr überzeugend in drei Fällen nachweisen, die wegen vorübergehender Plazenta prävia-Blutungen tamponiert in die Klinik eingeliefert wurden: zunächst in allen Abschnitten des subzervikalen Genitalschlauches zahllose Keime, nach der 6. Stunde begann bereits eine Abnahme der Keimzahl im Fundus der Vagina, nach 60—72 Stunden war die ganze Vagina keimfrei. Ganz gleich ist das Verhalten der Scheide auch gegenüber dem Bakt. koli. (Entsprechend diesen Tatsachen wird in der Freiburger Klinik bei allen abdominellen Uterusexstirpationen — ob auch bei Karzinomen, ist nicht gesagt — niemals ante operat. die Scheide desinfiziert und die Resultate sind mindestens gleich gute, wie die anderer Kliniken, welche desinfizieren.) — Die mittels Traubenzuckeragar auch in den obersten Abschnitten der Vagina des öfteren nachzuweisenden Streptokokken sind nach P., wenn auch nicht artverschieden, so doch im harmlos saprophytären Stadium befindliche Dauerbewohner der Vagina. Sie führen wohl nie zur Infektion. Dagegen können dies die ersteren, die Vulvastreptokokken und zwar dann, wenn die Zusammensetzung des Schutzsekretes der Scheide durch abfließendes Fruchtwasser und Blut eine andere, das Aszendieren dieser Keime nicht mehr hemmende Eigenschaft erfahren hat. Auf Grund dieser Anschauungen muß es erlaubt sein, bereits 2—3 mal 24 Stunden nach einer verdächtigen vaginalen Untersuchung den klassischen Kaiserschnitt zu machen, wie dies in Freiburg geschieht. — Nachdem durch Gebrauch der Gummihandschuhe eine Infektion mit exogenen Keimen sicher auszuschließen war, konnte auch die klinische Beobachtung herangezogen werden zur Bewertung der endogenen Infektion. War schon die Tatsache im positiven Sinne zu verwerten, daß in den Kliniken die puerperale Morbidität nach Einführung der Gummihandschuhe gar nicht oder nur unmerklich abnahm — es hatte eben die peinliche Desinfektion und die Autononinfektion (Sänger) genügt — so können die folgenden ad hoc angestellten Untersuchungen wohl als beweisend gelten. Berücksichtigt wurden nur Spontangeburten ohne Riß und ohne Naht. Mehrtägiges Infektionsfieber hatten Erstgebärende, wenn sie vaginal (mit Gummihandschuhen) untersucht worden waren in 8,6 %, wenn sie nur rektal in 4,7 %, wenn sie garnicht untersucht worden waren, in 4,4 %. Für Mehrgebärende ergaben sich die entsprechenden Prozentzahlen: 4,6; 3,0; 2,8. Also: in den Entbindungsanstalten erleiden auch bei ganz unkompliziertem Geburtsverlauf ca. 5 % aller Erst- und 3 % aller Mehrgebärenden eine spontane Infektion mit endogenen Keimen. Diese Zahlen steigen auf ca. 9 bezw. 5 %, wenn vaginal untersucht wird, und zwar mit Gummihandschuhen. Dieses Plus sind die artifiziellen endogenen Infektionen. P. konnte auch noch nachweisen, daß diese artifiziellen endogenen Infektionen zunahmen mit der Häufigkeit der inneren Untersuchung: $7^1/_2$ % bei ein- und zweimaliger, 11,2 % bei vielmaliger Untersuchung. Alle diese Infektionen der Uterushöhle verlaufen meist leicht, weil eben die Streptokokken in der Vulva schon mehr oder minder lange Zeit ein saprophytäres Dasein gefristet haben. — Aus der Keimarmut der Vagina geht hervor, daß desinfizierende Vaginalspülungen zum mindesten überflüssig sind, aber auch die Vorschrift Krönigs, auf eine Reinigung bezw. Desinfektion der Vulva zu verzich-



ten, habe bei der Harmlosigkeit der Vulvakeime bereits theoretisch ihre Berechtigung. Daß sie es auch praktisch hat, beweisen folgende Tatsachen: 1. Kreißende mit weitgehender Desinfektion der Vulva hatten eine Morbidität von 12%; solche, deren Genitalien nur abgeduscht wurden, eine solche von 7%; solche die gar nicht desinfiziert worden waren, hatten die geringste Morbidität, 6,4%. Alles das gilt nur für Spontangeburten. Noch charakteristischer sind die Erfahrungen bei Geburten, wo die Kreißenden experimenti causa überhaupt nicht berührt worden sind. Unter 91 Fällen hatte v. Scanzoni in der Leipziger Klinik dabei eine Morbidität von 7,6% gehabt. Bei 300 gleichbehandelten Fällen der Freiburger Klinik war die Morbidität gar nur 3%. Sorgsame Mutter Natur! — Bei den operativen Geburten verwischt sich der Unterschied, hier spielen Verletzungen, Quetschungen u. a. eine Rolle. Bei weitgehender Desinfektion betrug die Morbidität 17,8, bei Dusche 14%. — Wenn einmal ausnahmsweise eine schwere oder gar tödliche Infektion mit endogenen Keimen eintritt, so müssen in einem solchen Fall noch andere als die gewöhnlichen Faktoren mitgespielt haben, etwa besondere Virulenz der Vulvakeime bei Anginaepidemien u. a. — Da Sekret- bezw. Fruchtwasserstauungen bei lang dauernden Geburten eine Rolle bei dem Zustandekommen der endogenen Infektion spielen, so frage es sich, ob nicht Fehling mit seinem Rate recht hat, bei zangengerechtem Stande des Kopfes nicht in infinitum zuzuwarten, sondern derartige Geburten, die sich in die Länge ziehen, mit dem Forceps typicus zu beendigen. — Auf keinen Fall ist es mehr zulässig, in jedem Fall von schwerem oder tödlichen Puerperalfieber ohne weiteres eine Schuld der geburtsleitenden Personen zu konstruieren. R. Klien-Leipzig.

Fromme u. Collmann, Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Gonokokkenvakzine bei Gonorrhoe der Frau. (Aus der Frauenklinik der Charité in Berlin.) (Prakt. Ergebn. d. Gebh. u. Gyn., 4. Bd., 1. Heft, 1912.)

Es sind z. Z. zwei Gonokokkenvakzine im Handel, das Reitersche Gonokokkenvakzin und das Brucksche Arthigon. Ersteres eignet sich mehr zur Therapie, letzteres mehr zur Diagnose. Das Reitersche Vakzin wurde zu Behandlungszwecken folgendermaßen verwendet: Nach der ersten diagnostischen bezw. reaktiven Injektion von 0,5 ccm wurde 5—6 Tage gewartet, auf jeden Fall so lange, bis etwa eingetretenes Fieber vollkommen vorbei war. Dann wurden weitere Injektionen, anfangend mit 0,3—0,5 ccm in Intervallen von 4 Tagen fortgesetzt, jede Injektion steigend um 0,1 ccm, bis 1,0—1,3 ccm erreicht wurden. Größere Dosen wurden nie gegeben. Die Einspritzungen wurden subkutan an der Außenseite der Oberschenkel gemacht. Die Lokalreaktion (Rötung und Schwellung) wurde mit jeder Einspritzung geringer, ebenso die Schmerzen an der Injektionsstelle, Herdreaktion sowie Temperatursteigerungen wurden nach den wiederholten Injektionen überhaupt nicht mehr beobachtet. Was nun die Erfolge dieser Behandlung anlangt, so wurden diejenigen Fälle, wo abgeschlossene Herde noch nicht zustande gekommen waren, also Harnröhren-, Zervix- und Uterusgonorrhöen so gut wie nicht beeinflußt. Über die Vulvovaginitis kleiner Mädchen, wobei andere Autoren Erfolge erzielt haben wollen, konnten die Verfasser keine Erfahrung sammeln. Ganz anders, d. h. besser waren die Erfolge bei gonorrhoischen Pyosalpingen. Fast regelmäßig verschwanden hier sehr rasch die subjektiven Beschwerden, auch die Druckempfindlichkeit, und zwar hielt das Wochen und Monate an, wenn auch die objektiven Befunde die gleichen wie vor der Behandlung blieben. Von den 45 mit aller Wahrscheinlichkeit gonorrhaischen frischen (nach Ablauf des Fieberstadiums) und alten Pyosalpingen, die behandelt wurden, war bei 10 = 22,2% nach Beendigung der Injektionskur ein völliges Verschwinden des objektiven pathologischen Befundes und eine völlige Besserung der Schmerzen zu konstatieren. Ein deutliches Kleinerwerden der Tumoren und ein Verschwinden der Schmerzen fand bei 19 Kranken = 42,2% statt.



Von einer sub- und objektiven Besserung kaum die Rede war bei sechs Kranken = 13,3 %, völlig negativ war das Resultat bei 10 Frauen = 22,2 %. Am besten beeinflußt wurden die noch relativ frischen Pyosalpingen, die kurz nach Beendigung des Fieberstadiums eingespritzt wurden. (Gleiche Erfahrungen sind bei der Epididymitis gemacht worden.) — Das Brucksche Arthigon wird etwas anders verwendet. Man beginnt mit 0,5 ccm intramuskulär in die Glutäen. Tritt Temperatursteigerung ein, so wartet man 4—5 Tage. Trat nur eine kleine Reaktion (bis 38 °) ein, so wurde nach 4—5 Tagen 1,0 ccm injiziert und nun allmählich auf 1,5—2,0 gestiegen. In den meisten Fällen wurden gegeben: 0,5 — 0,5 — 1,0 — 1,5 — 2,0. Differentialdiagnostisch ist es wichtig, daß die relativ frischen Adnextumoren mit einer ausgesprochenen Temperaturerhebung über 1 Grad reagierten. Gerade in solchen Fällen ist man ja manchmal im Zweifel, ob man einen gonorrhoischen Adnextumor oder eine Tubargravidität vor sich hat. Es wäre also eine Probeinjektion von 1,0 ccm Arthigon hier am Platze. Außerdem trat bei den frischeren Pyosalpingen eine stärkere Herdreaktion auf, was bei älteren Pyosalpingen und Zervix- bezw. Harnröhrengonorrhoen nicht der Fall war. Die therapeutischen Resultate des Bruckschen Präparates ließen gegenüber denen der Reiterschen Vakzine zu wünschen übrig. Allerdings hatten nach Beendigung der Kur von den 50 behandelten Patientinnen 29 = 58 % keine oder kaum noch subjektive Beschwerden, 6 = 12 % gaben ganz wesentliche Besserung an, es wurden also 70 % subjektiv ganz erheblich gebessert. Zu diesen Resultaten hatte man je 5—7 ccm Arthigon gebraucht. Aber die objektive Heilung bezw. Besserung war eine viel geringere wie beim Reiterschen Präparat. Ein völliges Schwinden der Adnextumoren wurde nur 4 mal = 8 % beobachtet; es waren das relativ frische Pyosalpingen. Deutliche Besserung zeigten 21 Patienten = 42 %. Die andere Hälfte zeigte kaum Besserung (15 = 30 %) oder gar keine (10 = 20 %). — Beide Präparate sind nicht imstande, bei immer von neuem infizierten Patientinnen ein Weitergehen des Prozesses aufzuhalten, wie an verschiedenen Puellis publicis bewiesen wurde. — Jedenfalls sind die geschilderten Erfolge sehr beachtlich und es ist zu hoffen, daß, wenn die Vakzinebehandlung kombiniert wird mit den bisher üblichen konservativen Behandlungsmethoden, die Resultate noch bessere sein werden. —

R. Klien-Leipzig.

Veit, J., Die operative Behandlung puerperaler Pyämie. (Prakt. Erg. d. Gebh. u. Gyn., 4. Bd., 2. Heft, 1912.)

V. hat von 20 mittels transperitonealer Venenunterbindung Operierten 6 Pat. gerettet. Er glaubt, daß er 4 mal zu spät operiert hat, einmal zu wenig, d. h. es wurde nur ein Gefäß unterbunden, während das thrombosierte nicht unterbunden wurde. Ferner hält V. 8 Fälle retrospektiv für ungeeignet (Paraphlebitis, Blutsepsis). Nach dieser Reinigung wären von 8 operierten Fällen nur 2 gestorben, und in diesen hätte es sich entweder um ein „zu wenig“ oder „zu spät“ gehandelt. Nun das eine wird man V. auf jeden Fall zugeben müssen, daß die Laparotomie an sich bei Pyämie keine Gefahr bedingt. Man muß nur in den ungeeigneten Fällen — was sich oft erst bei geöffneter Bauchhöhle feststellen läßt — die Bauchhöhle wieder schließen, ohne aus der reinen Probelaparotomie einen Operationsversuch gemacht zu haben. Solche Fälle sind: Hineinragen der Thromben der Vena hypogastrica in die Vena cava, der der V. spermatica in die V. renalis oder cava; dann kann man eben nicht hoch genug unterbinden. Weitere ungeeignete Fälle sind die, bei denen in der Umgebung der thrombosierten Stellen schmierig-eitrige Entzündung im Bindegewebe besteht; ferner das gleichzeitige Bestehen einer Peritonitis oder einer allgemeinen Blutsepsis. Man hüte sich, wie gesagt, auch davor, zu wenig zu unterbinden. Bei frühzeitigem Operieren rät V. auf Grund seiner Erfahrungen, alle 4 Venen zu unterbinden, bei sehr späten Operationen kann



man sich auf die Unterbindung der thrombosierten Vene beschränken. Im allgemeinen ist aber V. für die Frühoperation, weil bei ihr stets anatomisch einfachere Verhältnisse vorliegen, die ausschlaggebend für den Erfolg sind, und weil die Operation an sich ungefährlich ist. Natürlich muß die Pyämie als solche feststehen, man darf also nicht gleich nach dem ersten Schüttelfrost operieren. Erst wenn die Temperatur stark ansteigt und nach ihrem Abfall die Schüttelfröste sich mehrfach wiederholen, ohne daß irgend ein Abszeß oder eine sonstige Ursache dafür nachweisbar wäre, dürfe man von Pyämie sprechen. Den Nachweis einer als derben Strang zu fühlenden thrombosierten Vene fordert V. nicht, weil dies bei der V. spermatica von außen nie nachgewiesen werden könne. Als Kontraindikation ante lap. gilt allgemeine Sepsis, sub lap. Peritonitis und Paraphlebitis. — In einem Fall, bei dem die Operation als zu spät abgebrochen werden mußte, hörten die Schüttelfröste nach subkutaner Einspritzung von Hirudin auf. V. will mit diesem Mittel, das bekanntlich gerinnungshemmend wirkt, weitere Versuche machen. — Ätiologisch nimmt V. an, daß der infektiöse Keim, der zur reinen Pyämie führt, dadurch charakterisiert sei, daß bei seinem Eintritt in die Blutbahn das Blut sehr leicht gerinnt; in den reinen Fällen von Pyämie sei der Keim nicht sehr virulent. Es scheint ein obligat anaerober Streptokokkus zu sein, von ganz bestimmten temporären Eigenschaften. Finden sich aerobe hämolytische Streptokokken im Blut, dann handle es sich wahrscheinlich um gleichzeitige Infektion auf dem Lymph- und dem Blutweg. Hier biete die Unterbindung der Venen so gut wie keine Chancen.

R. Klien-Leipzig.

Dehnicke, Paul, Zur Therapie der Eihaut- und Plazentarretention. (Aus der Hebammenlehranst. in Mainz.) (Prakt. Erg. d. Gebh. u. Gyn., 4. Bd., 1. Heft, 1911.)

D. kommt auf Grund des ausführlich mitgeteilten Materiales der Mainzer Anstalt und der neueren Literatur zu folgenden, mit Winter nahezu übereinstimmenden Ergebnissen: Eihautretention ruft niemals schwere Erkrankungen oder Puerperalfieber hervor. Die gemäßigt aktive Therapie (heiße Scheidenspülungen, Ergotin) hat noch bessere Erfolge als die streng konservative. Uterusspülungen sind auf Fälle von länger dauernder Endometritis und Lochiometra zu beschränken und stets ohne Hilfsinstrumente auszuführen. In hartnäckigen Fällen von Lochiometra ist die Glasrohrdränage indiziert. Andere intrauterine Eingriffe sind ihrer Gefährlichkeit wegen ganz zu unterlassen. — Die Plazentarrestverhaltung ist für die Entstehung des Puerperalfiebers ebenfalls bedeutungslos. Ist ein Infektionsfieber im Wochenbett mit der Verhaltung eines Plazentarstückes kombiniert, so sind andere Ursachen (meistens geburtshilfliche Operationen) die Veranlassung für die Infektion. Sicher diagnostizierte Plazentarreste sind bei fieberfreiem Wochenbett sofort zu entfernen, solange sie noch keine Erscheinungen gemacht haben. Die gemäßigt aktive Therapie (s. oben) führt sehr häufig zum Spontanabgang des verhaltenen Restes. Schwere Blutungen geben in jedem Falle, auch bei schwerem Puerperalfieber, die Indikation zur Ausräumung. Bei auf den Uterus lokalisierten fieberhaften Prozessen soll von der manuellen Ausräumung Abstand genommen werden, da einerseits der Prozeß von selbst ausheilt, ohne irgendwelche Schädigungen für die Mutter zu hinterlassen, andererseits mit dem intrauterinen Eingriff die außerordentliche Gefahr verknüpft ist, daß der vorher lokalisierte Prozeß zur weiteren Ausbreitung gebracht wird. Bei schon vorgeschrittener Infektion ist jeder künstliche Eingriff zu unterlassen, da durch ihn nichts mehr genützt werden kann, häufig aber der Krankheitsverlauf ungünstig beeinflußt wird. R. Klien-Leipzig.

Snegireff, Georg, Über periodische Schmerzen bei Frauen. Simpson'sche Schmerzen. (Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn. Juli 1912.)

Im Jahre 1863 beschrieb Simpson als ein charakteristisches Symptom



für Cancer corporis et fundi uteri das tägliche Auftreten von intermittierenden Schmerzen, bisweilen von mehrstündiger Dauer, und mitunter von derartiger Heftigkeit, daß die Pat. laut schreien. Meist beginnen diese Schmerzen allmählich mit Pausen, doch erreichen sie bald eine große Intensität. Die Tageszeit des Schmerzbeginnes ist eine verschiedene. Sie lokalisieren sich im Unterleib, gehen in den Rücken über. Zwischen den Anfällen ist die Patientin frei von Schmerzen. Diese „Simpsonschen Schmerzen" sind in der Tat mitunter ein wichtiges Symptom für Korpuskarzinom, wie ein ausführlich mitgeteilter Fall beweist, bei dem leider diesem Symptom keine Bedeutung beigelegt wurde, bis es zu spät war. Aber sowohl S. wie auch vor ihm andere Autoren betonen, daß dieses Symptom auch bei anderen Uteruserkrankungen vorkommt. Das hat seinen Grund in der (hypothetischen) Genese dieser Schmerzen. Sie werden ausgelöst durch einen in der Uterushöhle befindlichen Fremdkörper, so durch stagnierendes Sekret, durch polypöse Myome (ein solcher Fall wird ebenfalls beschrieben). Immerhin verpflichte die Beobachtung dieser Simpsonschen Schmerzen zu einer Untersuchung der Uterushöhle. Außer diesen echten Simpsonschen Schmerzen gibt es noch andere, ebenfalls häufig periodisch auftretende Schmerzen auf entzündlicher Basis, die S. als „Pseudo-Simpsonsche Schmerzen" bezeichnet, so bei entzündlichen Adnexaffektionen. Die Unterschiede zwischen beiden Arten sind folgende:

Periodische Schmerzen:

Simpsonsche:	Pseudo-Simpsonsche:
1. haben einen allmählichen Anfang, gelangen nach und nach zur Akme,	1. akuter Anfang, dann gehen sie decrescendo,
2. sind nicht von Fieber und Frost begleitet,	2. sind von Fieber, Frost und Transpiration begleitet,
3. die Wärme mindert, die Kälte stärkt die Schmerzen,	3. die Kälte tut wohl,
4. können durch Retention des Ausflusses verstärkt sein und vice versa,	4. die Quantität des Ausflusses hat keinen Zusammenhang mit den Schmerzen,
5. die Zeit zwischen den Anfällen ist frei von Schmerzen.	5. in der Zeit zwischen den Anfällen bestehen leichte Schmerzen.

R. Klien-Leipzig.

Noeggerath, C. T., Das Stillverbot bei Tuberkulose und Tuberkuloseverdacht. (Prakt. Ergebn. d. Gebh. u. Gyn., 4. Bd., 1. Heft, 1911.)

N. hat Untersuchungen darüber angestellt, ob das Stillverbot für tuberkulöse Mütter wissenschaftlich begründet ist oder nicht. Aus der Literatur konnte N. keine einzige einwandsfreie oder doch überzeugende Versuchsreihe auffinden, die imstande wäre, den allgemein anerkannten Satz von der Undurchlässigkeit der Frauenbrust für Tuberkelbazillen wirklich zu stützen. Es fragte sich also zunächst, ob v. Behrings Behauptung, daß viel häufiger als früher angenommen, aus den Brüsten tuberkulöser Frauen Tuberkelbazillen in genügender Menge ausgeschieden würden, um eine Infektionsgefahr für den Säugling darzustellen, zu recht besteht. Mittels des Meerschweinchenversuches stellte N. darüber eigene Untersuchungen an. Er konnte in der Tat in einer geringen Anzahl der untersuchten Fälle Tuberkelbazillen in der Milch tuberkulöser Frauen nachweisen. Aber sowohl Zahl wie Virulenz derselben waren so gering, daß eine Infektion des Säuglings auf diesem Wege so gut wie ausgeschlossen oder wenigstens höchst untergeordnet erscheint gegenüber den andersartigen aus dem Milieu herzuleitenden Infektionsgefahren, namentlich der aerogenen Infektion. Es konnten die gefundenen Tuberkelbazillen übrigens auch von außen auf Warze und Warzenhof gelangt sein, obwohl die Übertragung von Tuberkelbazillen durch die Hände bekanntlich auf Grund eingehender



Untersuchungen anderer Autoren eine sehr geringe ist. Trotzdem müsse aber den tuberkulösen und in dieser Hinsicht verdächtigen Müttern das Stillen verboten werden. Einmal schafft ihre Milch dem Säugling keine Immunität gegen Tuberkulose, wie dies N. nachweist, auch wird eine bei dem Säugling auftretende Tuberkulose nicht etwa wesentlich günstig beeinflußt. Auch dies weist N. nach. Ferner stellt das Stillgeschäft an die meisten tuberkulösen Frauen so große Ansprüche, daß ihr Körper geschwächt und so für den weiteren Kampf gegen die beherbergte Tuberkulose ungeeigneter wird. Dies kann, wie N. an einer ganzen Anzahl teils fremder, teils eigner Fälle nachweist, die Propagation bez. das Manifestwerden der Tuberkulose verursachen. Nicht wenige Mütter sind während des Stillgeschäftes schwer erkrankt bezw. gar gestorben. Es müssen also die Kinder tuberkulöser Mütter entweder eine gesunde Amme erhalten oder künstlich genährt werden. Das Ideal wäre natürlich, solche Kinder von der Mutter zu trennen und für sie „Prophylaktikerheime" einfacher Art in Stadt und Land etwa im Anschluß an die Walderholungsstätten zu errichten.

R. Klien-Leipzig.

Hahl, Carl, Die Verwendbarkeit des Pituitrins in der Geburtshilfe. (Aus der gebh.-gyn. Univ.-Klinik in Helsingfors.) (Prakt. Erg. d. Gebh. u. Gyn. 4. Bd., 2. Heft, 1912.)

H. verwendete in 34 Fällen das Pituitrin von Parke, Davis u. Co. sub partu. In den meisten Fällen war ein deutlicher Einfluß auf die Wehentätigkeit unverkennbar, wenn auch dem Grade nach verschieden. In zwei Fällen war die Wirkung fast gleich Null, in 6 sehr gering. Die Dosis von 1 ccm, subkutan gegeben, erwies sich als die Normaldosis. Um sich näher über die Wirkung zu informieren, wurde bei einigen Fällen der Westermarksche Katheter vor der Einspritzung in den Uterus eingelegt. Es ergab sich, daß die Wehen nach Pituitrin kürzer, jedoch bedeutend stärker werden, die Pausen ebenfalls kürzer mit etwas gesteigertem intrauterinen Druck. Hierin erblickt H. mit Recht gewisse Gefahr für das Kind, bei zu großen Dosen — man ist des öfteren gezwungen, bei langsamem Geburtsverlauf die Einspritzungen zu wiederholen — kann es zu tetanischen Kontraktionen kommen und das Kind absterben. Zwei solche Fälle wurden denn auch wirklich nach Abschluß der vorliegenden Arbeit in der Helsingforser Klinik beobachtet, das eine Mal war nur 1 ccm, das andere Mal zuerst 0,7, nach 12 Stunden nochmals 1 ccm verabreicht worden. — Über die Wirkung des Pituitrins in der dritten Geburtsperiode werden eigene Erfahrungen leider nicht mitgeteilt. Im übrigen ist die Literatur eingehend berücksichtigt, alle Autoren betrachten das Mittel als ziemlich sicher wehenbefördernd. R. Klien-Leipzig.

Kinderheilkunde und Säuglingsernährung.

Laquer, B. (Wiesbaden), **Statistische Bemerkungen zur Salvarsanbehandlung des Scharlachs.** (Ther. d. Gegenw. 1912, Nr. 8.)

Im Hinblick auf F. Klemperers Salvarsanversuche bei Scharlach weist Laquer auf die außerordentlich großen Schwankungen der Scharlachmortalität hin, die eine definitive Feststellung etwaiger Salvarsanwirkung nur an großen Zahlen möglich erscheinen lassen.

Bei dieser Gelegenheit möchte Referent nochmals betonen, daß der gleiche Gesichtspunkt u. a. besonders auch bei der Serumtherapie der Diphtherie festzuhalten ist:

Nachdem Gottstein gezeigt hat, daß das Wellental der Diphtheriekurve mehrere Dezennien umfaßt, und nachdem alle unvoreingenommenen Autoren anerkannt haben, daß das Diphtheriematerial der Krankenhäuser in der Serumperiode wegen des Hinzuströmens zahlreicher leichter Fälle dem-



jenigen der Allgemeinpraxis bei weitem ähnlicher ist als das der Vorserumzeit, wo fast nur Tracheotomie-Fälle ins Krankenhaus kamen, kann die an großen Zahlen festgestellte jetzige durchschnittliche Diphtheriemortalität von 12—14 % als ein besonderer Fortschritt nicht erachtet werden. Betrug doch auch die aus langen Zeiträumen berechnete durchschnittliche Vorserummortalität der Allgemeinpraxis nicht mehr wie 15, bis höchstens 20 % (Förster, Rosenbach) und dabei bezeichnete man früher nur klinisch gut ausgesprochene Diphtherie als solche, während jetzt jeder „auch nur im geringsten Verdächtige" gespritzt und als „gerettet" gebucht wird. Vgl. auch die einschlägigen Referate in F. d. M. 1909 und 1910, die jüngst durch eine Arbeit aus Brauers Eppendorfer Klinik ergänzt wurden, welche (Med. Klin. 1912, Nr. 16) besagte: „Wir sehen eine Reihe von Kranken trotz rechtzeitiger Serumtherapie zu grunde gehen. Das unbedingte Zutrauen zu diesem Mittel und die Sicherheit in der man sich früher wiegte, wenn man rechtzeitig eine ausreichende Dosis appliziert hatte, ist geschwunden." Esch.

Medikamentöse Therapie.

Bingel, A. (Braunschweig), **Über Salvarsanfieber.** (Aus der med. Abt. des Herzogl. Krankenh.) (Ther. d. Gegenw. 1912, H. 7.)

Die nach intravenösen Salvarsaninjektionen am häufigsten auftretenden Nebenwirkungen: Fieber, Kopfweh, Erbrechen, Durchfall beobachtete Bingel in ca. $^2/_3$ seiner Fälle. Ikterus, Herpes zoster und schwere Schädigungen des Zentralnervensystems sah er unverhältnismäßig viel seltener, die Widersprüche zwischen den Berichten der Autoren sind, wie er betont, teils durch die Verschiedenheit des Materials, teils durch die Art der Beobachtung zu erklären. Von den 3 Ursachen der Nebenwirkungen: genuine As-wirkung, „Wasserfehler", Endotoxinresorption faßt er die 2 letztgenannten als erworbene Toxizität des Salvarsans zusammen. Beim Wasserfehler ist das Salvarsan außerhalb des Organismus durch Bakterien oder deren Leichen giftig geworden, bei der Endotoxinresorption dagegen im Organismus durch die Leichen der Spirochäten, die es selbst getötet hat. Die erste Art der erworbenen Salvarsanvergiftung läßt sich vermeiden, die zweite nicht, möglicherweise können beide kombiniert schwere Reaktionen hervorrufen.

Endlich hält B. auch psychisch bedingte „imitierte" Reaktionen für möglich nach Analogie der Tuberkulinreaktionen in den Lungenheilstätten (Injectio vaena).

Nitze, O. (Berlin), **Über die Wirkung des Santyls bei gonorrhoischen und ähnlichen Krankheiten.** (Ther. d. Gegenw. 1912, Nr. 8.)

Der wirksame Bestandteil des Sandelöls, das Santalol zeigt chemische und physikalische Ähnlichkeit mit dem Phenol. Durch Veresterung hat Vieth das für die Gewebe unschädliche Santyl gewonnen, ein Präparat, das vollkommen zur Resorption gelangt und von den Nieren ohne jede Reaktion vertragen wird. Es hat sich dem Verfasser sowohl bei gonorrhoischen wie bei nicht gonorrhoischen Affektionen, besonders bei Zystitis gut bewährt. Esch.

Bendix, A. (Berlin), **Zur Behandlung des Gelenkrheumatismus mit Atophan.** Aus dem Krankenh. Moabit (G. Klemperer). (Ther. d. Gegenw. 1912, H. 7.)

Gegen die „spezifische" Wirkung der Salizylderivate bei Gelenkrheumatismus, so führt B. aus, werden immer mehr Zweifel erhoben. Einige betrachteten sie als nur schmerzstillend, andere als Hyperämie erzeugend. Letztere Wirkung ist aber basser und unschädlicher auf physikalischem Wege (z. B. durch Hauffes heiße Bäder, Biersche Stauung usw.) zu erreichen.

Ein Drittel der Fälle von akutem Gelenkrheumatismus reagiert jedenfalls nicht auf Salizylate und deren Ersatzmittel Antipyrin, Pyramidon usw., außerdem sind deren Nebenwirkungen auf Herz, Nieren und Magen in Betracht zu ziehen.

Es war daher sehr erfreulich zu sehen, daß das bei Gicht so wirksame Atophan auch den Gelenkrheumatismus günstig beeinflußt. Bendix fand seine Wirkung außerordentlich ähnlich derjenigen der Salizylpräparate, es blieb selbst bei Dosen bis zu 5 g pro die ohne Nebenwirkungen und half noch in mehreren Fällen, die sich gegen Salizyl refraktär verhielten. Von 100, z. T. jahrelang bestehenden Erkrankungen wurden 73 geheilt bezw. gebessert. Meist genügten 3 g pro die. Das geschmacklose Novatophan, die Äthylester der methylierten Stophans bewährte sich in gleicher Weise.

Esch.

Maria u. Nieulescu (Berlin), **Elektrisch kolloidales Silber (Julmargin) verglichen mit chemisch kolloidalem (Kollargol).** (Aus der bakt. Abt. des Krankenh. Friedrichshein (Wolff - Eisner). Nebst einem Zusatz des Abt.-Vorstandes. (Ther. d. Gg. 1912, Nr. 7.)

Der mittels Tierversuchs angestellte Vergleich der Wirkung des elektrisch und des chemisch kolloidalen Silbers ergab, daß die bisher angenommene Erklärung für die Wirkung des Kollargols nicht zu recht besteht: Das noch feiner als das Kollargol suspendierte Fulmargin war, ähnlich wie das Kollargol, bereits 7 Minuten nach der Injektion weder chemisch noch ultramikroskopisch im Blute nachweisbar, wohl dagegen in der Leber.

Die therapeutische Wirkung könnte daher, wie die Verfasser betonen, auch ohne die unmittelbare Anwesenheit im Kreislauf dadurch erklärt werden, daß das kolloidale Silber sich in den verschiedenen Organen, speziell in der Leber, niederschlägt, und von hier aus seine Wirkung auf den Organismus ausübt, vgl. Blumenthals Hg-experimente.

Im Anschluß daran zeigt Wolff-Eisner, daß in gewissem Gegensatz zu Ehrlichs Theorie den bisher wenig beachteten Endothelzellen der Gefäßintima, wie sie die Kupferschen Zellen der Leber darstellen, wahrscheinlich eine führende Rolle bei biologischen Prozessen, besonders bei denen der Infektion und Immunität zukommt. Weitere Forschungen im Sinne der besprochenen behält er sich vor. Esch.

Allgemeines.

Ein älteres Leiden ist dann nicht voll zu entschädigen, wenn der Unfall hinsichtlich seiner Verschlimmerung nur eine untergeordnete Rolle gespielt hat. (Kompass 1912, Nr. 15.)

Der seit längerer Zeit mit einem Herzleiden behaftet gewesene Wagenstößer Johann C. in Gillowitz will sich am 18. August 1909 im Betriebe der Steinkohlengrube Richterschächte beim Einheben eines entgleisten Wagens einen Leistenbruch zugezogen haben und führte auch sein Herzleiden — wenigstens eine Verschlimmerung desselben — auf diese Arbeitsleistung zurück. Da er jedoch noch bis zum 24. August weitergearbeitet hatte, ohne ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, konnte der Leistenbruch als Unfallfolge nicht anerkannt werden. Erst am 24. September 1909 war C. wegen einer Herzinnenhautentzündung ins Lazarett gekommen, er hatte nunmehr auch zugegeben, den Bruch schon mindestens seit einem halben Jahre gehabt zu haben. Da auch die Bücher des Knappschaftslazaretts ergaben, daß C. schon 1907 wegen seines Herzleidens von der Aufnahme in die Pensionskasse zurückgestellt worden war, erschien den Ärzten eine Verschlimmerung des Leidens lediglich durch das Anheben des Wagens — welches als dem C. geläufige und für ihn nicht außergewöhnlich schwere Arbeit angesehen werden könne — sehr unwahrscheinlich, und die Rentenan-



sprüche des C. wurden von der Berufsgenossenschaft und vom Schiedsgericht abgelehnt. Die entfernte Möglichkeit einer Verschlimmerung des Herzleidens durch den Unfall genüge nicht zur Begründung des erhobenen Rentenanspruches. Das Herzleiden habe wahrscheinlich in seinem natürlichen Verlauf nunmehr einen solchen Stand erreicht, daß es den C. zur Verrichtung seiner früheren Arbeiten unfähig erscheinen lasse. Dafür sei aber nicht der Unfall die Veranlassung. Das R. V. A. nahm mit dem von ihm gehörten Obergutachter an, daß doch eine — wenn auch nur kurzzeitige — Verschlimmerung des Herzleidens durch den Unfall verursacht worden sei und verurteilte deshalb mit folgender prinzipiell wichtigen Begründung die Berufsgenossenschaft zur Zahlung einer 15 prozentigen Rente für die Dauer von 3 Monaten:

Gewiß entspricht es der Rechtsprechung des R. V. A., ein älteres Leiden dann voll zu entschädigen, wenn es durch einen Unfall derart verschlimmert wird, daß die bis dahin bestandene völlige Erwerbsfähigkeit geschwunden ist und einem Zustand teilweiser oder völliger Erwerbsunfähigkeit Platz gemacht hat. Diese Rechtsanschauung kann jedoch nicht dahin führen, daß die Berufsgenossenschaft auch da haftbar gemacht wird, wo der Unfall hinsichtlich der Verschlimmerung des Leidens eine nur unwesentliche Rolle gespielt hat, wo das Leiden auch ohne Dazwischentreten des Unfalls in seiner natürlichen Entwicklung die schwere Beeinträchtigung oder Aufhebung der Erwerbsfähigkeit gezeitigt haben würde. Es ist daher jedesmal zu prüfen, wie weit das bestehende Leiden bereits vorgeschritten war, als der Unfall sich ereignete, und ob der Unfall an sich geeignet war, die demnächst in die Erscheinung getretene Verschlimmerung auszulösen. Da nun in dieser Beziehung die gutachtlichen Äußerungen der Ärzte starke Meinungsverschiedenheiten aufwiesen, unvereinbare Widersprüche, die auch in den nachträglich zu den Akten gelangten Kundgebungen des Dr. S. und Dr. R. hervortraten, so hielt es das Rekursgericht für angezeigt, von der Breslauer Universitätsklinik ein Obergutachten einzuholen. Dasselbe gelangt mit ausführlicher Begründung zu dem Ergebnis, daß der Kläger an einer starken Vergrößerung des Herzens nach allen Richtungen mit systolischem und diastolischem Schwirren und mit Geräuschen an der Herzspitze, sowie an einer sehr unregelmäßigen Herzaktion leidet: krankhaften Veränderungen, die auf eine Schlußunfähigkeit und Verengerung der Klappe zwischen linkem Vorhof und linker Herzkammer hinweisen und in dem seit Jahren bestehenden Herzleiden des Klägers ihre volle Erklärung finden, und daß das Einheben des entgleisten Kohlenwagens — übrigens eine nach der Sachkenntnis des Gerichts häufig wiederkehrende, durchaus betriebsübliche Tätigkeit —, wenn ihm überhaupt eine Unfallwirkung beigemessen werden kann, nur eine ganz vorübergehende Verschlimmerung des Leidens zur Folge gehabt hat, die mit einer dreimonatlichen Rente von 15 % vollständig ausgeglichen ist. R.

Anmerkung: Diese Entscheidung bedeutet eine wesentliche Einschränkung des Grundsatzes, daß ein schon vor dem Unfall bestehendes Leiden voll zu entschädigen ist, wenn es durch den Unfall verschlimmert wurde.

Notizen.

In dem in Nummer 46 1912 der „Fortschritte der Medizin“ gegebenen Referat über den 1. Kongreß zur wissenschaftlichen Erforschung des Sportes und der Leibesübungen in Oberhof heißt es auf Seite 1447 in der Besprechung meines Vortrages über „Die bisherigen Olympiaden und das moderne Sportlaboratorium: Vortragender . . . . . zeigte, daß er als Leiter dieser Abteilung (ergänze Sportabteilung der Hygiene-Ausstellung Dresden 1911).



die Grundlinien für den Aufbau eines neuen Forschungszweiges der medizinischen Wissenschaft gegeben habe. Dieser Wortlaut des Referats hat zu Mißverständnissen Anlaß gegeben, zu deren Beseitigung ich eine Klarstellung folgen lasse.

Meine diesbezüglichen Ausführungen besagten, daß ich nach eigenen Ideen für eine systematische Organisation der sportwissenschaftlichen Abteilung gesorgt und für die Durchführung der physiologischen Arbeiten geeignete Männer der Wissenschaft herangezogen habe; ferner, daß das im Laboratorium gesammelte Material und die mit den Arbeiten zusammenhängenden Erfahrungen als Beitrag zum Aufbau eines neuen Forschungszweiges der medizinischen Wissenschaft wertvoll seien. Außerdem erwähnte ich, daß die Leitung der wissenschaftlichen Arbeiten in Händen der Herrn Geh. Rat Zuntz und anderer Berliner Professoren lag, die z. T. namhaft gemacht wurden. Dr. med. A. Mallwitz.

Bücherschau.

Guenther, Konrad (Freiburg i. B.), **Einführung in die Tropenwelt.** Erlebnisse, Beobachtungen und Betrachtungen eines Naturforschers auf Ceylon. Mit 107 Abbildungen. Leipzig, W. Engelmann, 1912. 386 Seiten. Preis gebunden 4,80 Mk.

Ein guter Freund schenkte mir unlängst dieses Buch. Nun interessierte ich mich zwar nicht sonderlich für die ferne Insel im indischen Ozean. Allein der Verfasser nahm mich bald gefangen. Er versteht es, sein reiches Wissen nicht vom hohen Kothurn buchmäßiger Gelehrsamkeit herab zu predigen, sondern läßt den Leser alle die verschiedenartigen, neuen Eindrücke mit erleben. Wir öffnen mit ihm das Wunderwerk eines Termitenbaues und fahren erschreckt zurück, wenn sich eine Kobraschlange daraus hervorwindet. Wir sehen deutlich die funkelnden Augen der Insekten-jagenden Gecko-Eidechse, wir hören den kanon-artigen Gesang der Kotoruwa-Vögel, die ihre Stimme mit einem langen Schnurrer nach Art eines Uhrwerks aufzuziehen scheinen, und das melodische Kritiwu, Kritiwu, zjui, zjui... des ceylonischen Stars. Wir bewundern mit unserem Führer die farbenprächtigen Schmetterlinge Darsius oder Parinda, und stolpern, indem wir sie haschen wollen, mit ihm über ein Knäuel von Lianen.

Aber es sind nicht nur Tatsachen und Beobachtungen aus dem Tier- und Pflanzenleben, die uns Guenther in besonders glücklicher Darstellung übermittelt. Noch weit reizvoller ist der ästhetische, in allen Gebieten des menschlichen Wissens durchgebildete Sinn des Verfassers. Da spricht ein Mann zu uns, dessen Horizont nicht mit seinem Laboratorium oder seiner Spezialfaktultät abschließt. Er hat überall um sich geschaut, das Verschiedenste mit freiem Blick aufgenommen und so ein eigenes, abgerundetes Bild von der Natur gewonnen. Gewiß ist Guenther ein unterrichteter Botaniker oder Zoolog u. dgl. Aber über diese Teilgebiete hinaus hat er die freie Natur als ein harmonisches Ganzes erkannt und scheut sich nicht, seine Bewunderung und Ehrfurcht vor deren Riesenorganismus zu bekennen. Nur bei großen Naturforschern bin ich derselben Regung begegnet.

Wenn jetzt die Weihnachtsglocken schallen, kann ich mir kaum Schöneres denken, als an der Hand dieses Führers aus dem Alltag in den großen Tempel der Natur mit seinen zauberhaften Farben und immer neuen Ausblicken zu flüchten. Buttersack-Trier.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.



30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von

Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.

Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 50.	Erscheint wöchentlich zum Preise von 5 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin.	12. Dez.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Ueber Triebabweichungen. Vorbeugung und Behandlung.

Von Dr. med. W. Hammer, Berlin.

(Schluss)

Die zweite zu erörternde Frage ist die Frage der Aufklärung. Wie soll dem heranwachsenden Menschen die Kenntnis des Geschlechtslebens und seiner Gefahren vermittelt werden, wenn die von mir oben vertretene Anschauung der Nützlichkeit lebenslänglich zwischen Eltern und Kindern aufrecht zu erhaltenden Schamgefühls Zustimmung findet?

Auf die Kindesfragen nach der Herkunft des Menschen halte ich für richtig zu antworten: „Jeder Mensch hat Vater und Mutter. Alles Nähere wirst du später erfahren. Wir, deine Eltern, die es gut mit dir meinen und alles für dich tun, was in unseren Kräften steht, verbieten dir, jetzt nähere Fragen zu stellen und ersuchen dich, auch vor andern die Fragen dieser Art zu unterlassen. Später wenn du älter wirst, sollst und wirst da auch alles erfahren."

Wenn nun das Kind trotz des elterlichen Verbotes sich mit andern über die Entstehung des Menschen unterhält, so geschieht dies dann in dem Bewußtsein, Verbotenes zu tun, und das halte ich für weniger gefährlich, als den Anschein zu erwecken, das Geschlechtsleben sei eine ganz unschuldige, natürliche Sache, oder die Täuschung des Kindes, als seien seine Eltern offen und aufrichtig, während diese doch nur Auszüge bieten. Zugegebene Verschwiegenheit halte ich für besser, als *scheinbare* Offenheit, die aus Halbwahrheiten leicht ganze Lügen werden und volle Offenheit mit Rücksicht auf die Verderbtheit des Liebeslebens der allermeisten Menschen beider Geschlechter leicht die Gefahr heraufbeschwört, daß die Kinder unter dem Ansturme der beginnenden Geschlechtsreife ihre Eltern, statt sie im Schlechten zu unterbieten, in Ausschweifungen übertrumpfen. Die Tatsachenvermittlung geschieht dann nicht durch langatmige Reden, sondern durch allmähliches Erleben und Beobachten, indem schon kleine Kinder Bohnen in Blumentöpfen ziehen, Kressesamen säen, Wasser- und Landtiere pflegen, ältere auf der Straße im Zoologischen Garten oder in ländlichen Verhältnissen Begattungen beobachten und in der Schule den Menschen als Säugetier kennen lernen, so daß die notwendigen

Folgerungen für die Entstehung des Menschen leicht gezogen werden können.

Mit der Tatsachenvermittelung über die Begattungsvorgänge ist die notwendige „Aufklärung“ jedoch nicht erschöpft. Vielmehr ist auch auf die Gefahren, die drohen, wenn bei Eingehung geschlechtlicher Beziehungen nicht die größte Vorsicht obwaltet, hinzuweisen. Hierzu bietet der Religionsunterricht Gelegenheit bei Besprechung der Lehre von der Erbsünde, der Kanaansage, dem Verbote des Ehebruchs, der Erzählung von der Mädchengeburt Jesu. Die Lehre von der Erbsünde kann den Religionslehrer veranlassen, auf die Tatsache, daß sich mit dem Sündenfalle die Menschen ihrer geschlechtlichen Beziehungen halber schämen müssen, daß diese Beziehungen nicht harmlos sind, sondern durch Lug und Trug entstellt und daß das ganze Menschengeschlecht an dieser Entstellung teilnimmt. Die Kanaansage berichtet, wie ein Sohn Noas seines Vaters „Scham“ entblößte und dadurch in Sklaverei verfiel mit seinen Nachkommen; ganz entsprechend geraten noch heute diejenigen Völker in Abhängigkeit, die aus den Beziehungen der Eltern zueinander vor den Kindern keine geheime Sache machen, nicht als ob die Kinder körperlich entarten; aber die frühzeitige Ehe der Neger birgt einen Mangel an Umsetzungen des Liebestriebes in „Kultur“werte, mit sich, so daß Sklaverei und frühzeitige Befriedigung Hand in Hand gehen, während in dem Augenblick, in dem die Sklavenstämme ihre Freiheit erhalten und an den Errungenschaften der Umwandlung des Liebestriebs teilnehmen, das Ehealter hinaufgeschoben wird, wie ja auch unsere Mädchen, je mehr sie an der Männer„kultur“ teilnehmen, um so länger auf Ehebefriedigung verzichten müssen. Hier die weise Mitte zu finden, so daß einerseits nicht alle Kultur schwindet, andererseits nicht Überkultur verhängnisvoll wird, ist Aufgabe unserer Volkswirtschaftler.

Ich sehe in der Frühehe der Mädchen den Schlüssel zur Erhaltung eines lebensfähigen Volkes, in der Spätehe der Mädchen den Keim zum Untergange nach altrömischem Vorbilde.

Die Erzählung von der Mädchengeburt Jesu gemahnt an die Tatsache, daß die Erlösung der Welt von Sünde und Schuld erst durch weitestgehende Einschränkung der groben Sinnlichkeit, wie sie sich unverhüllt zu Beginn der römischen Kaiserzeit zeigte, gedacht werden konnte.

Weiterhin scheint mir eine klare eindeutige Aufklärung der schulentlassenen oder konfirmierten Jugendlichen beider Geschlechter über die Gefahren

1. des unsauberen Verkehres (ansteckende Geschlechtsleiden)
2. der geheimen Laster (Selbstbefleckung)
3. der Triebentartungen (Nörgelsucht, lieblose Besprechung der Angelegenheiten des Nächsten, Verleumdung)

im Anschlusse an den Konfirmationsunterricht und zwar in männlicher, tatkräftiger Weise geboten, n i c h t in kläglicher Verängstelung, sondern in kurzer Form unter Hinweis auf die Linderungsmittel des Liebeselends und die Gefahren der E r p r e s s u n g und N ö t i g u n g für Mädchen und Knaben, die sich auf außerehelichen Verkehr einlassen. Bei Mädchen handelt es sich um diejenigen, die die sogenannte Fürsorgeerziehung benutzen, um mit Polizeianzeige zu drohen, falls das sinnliche Mädchen nicht fleißig der heimlichen Gewerbeunzucht ergeben ist und alles abliefert, bei Jünglingen um Eheerpresserinnen, die es zunächst darauf absehen, den jungen Mann zu gemeinsamem



Verbrechen (Abtreibung) zu bringen, um ihm dann zu drohen, falls er sich einfallen lassen wollte, das Mädchen nicht zu heiraten, das anfänglich willig und geneigt war, auch ohne Eheaussicht zu verkehren, ferner um Bloßstellungen bei Vorgesetzten und andere Pressungen. Auch werden Unerfahrene leicht als zahlende Väter in Anspruch genommen, die den Verlockungen schon Schwangerer und zu Falscheiden Bereiter nachgeben.

Gleichzeitig müssen mit Beginn der Geschlechtsreife stärkere Ablenkungen geboten werden, wenn man überhaupt daran denken will, den Liebestrieb in andere, als die sogenannt normalen Bahnen zu leiten.

Die Freude an der Arbeit wird durch Anleitung zum Sparen gewürzt.

Vereine pflegen das Vortragwesen, veranstalten gemeinsame Vergnügungen, Wettkämpfe, Spiele.

In Fortbildungschulen sollten gemeinsame Ausflüge mit Besichtigung von Kunstdenkmälern unter sachverständiger Führung veranstaltet werden.

Dorflehrer und Geistliche sollten Vorträge aus der Geschichte und Kunstgeschichte für ihre Gemeinde halten.

Von chemischen Betäubungsmitteln kommen Tabak, Weingeist, Kaffee, Tee, Kakao jetzt in mäßigen Mengen als nicht einwandfreie Genußmittel, die aber oft das geringere Übel darstellen, in Frage, während ich bei Kindern ein völliges Meiden dieser Genußgifte für richtig halte.

Die religiöse Inbrunst wird in „Missionen", besonderen Andachten und Feiern in verstärkter Form angeboten, Jünglingsvereine, weltliche Orden und Kongregationen sorgen für eine würdige Ausgestaltung dieser Feiern. Gewinnung von Ablässen durch gute Werke, Abtötungen können hier nützlich wirken, sei es, daß Frühmessen zum frühen Aufstehen mahnen, oder daß Fastenübungen und Beobachtungen der israelitischen Speisevorschriften und Gebräuche die Selbstzucht steigern, oder daß Enthaltung von einzelnen an sich nicht verbotenen Genüssen auf die Ausschweifenden vorbildlich wirkt, so die Weingeistenthaltung auf Trinker, die fleischlose und genußgiftfreie Beköstigung auf Schlemmer, die Benutzung einer harten Pritsche als Schlafstätte auf Bettschwelger, kalte Güsse auf Verweichlichte. Dabei ist zu beachten, daß keines dieser Abtötungsmittel und keine Anwendung von Ersatzgenüssen zur Leidenschaftlichkeit führen soll. Es gibt ja nicht nur eine Trunksucht, Kaffeesucht, Tee-, Kakao-, Tabaksucht, sondern auch eine leidenschaftliche Weingeist- und Genußgiftbekämpfung. Spiele sind nur in dem Maße zu betreiben, daß unter etwaigen Ausgaben und Zeitversäumnissen wichtigeres nicht zu kurz kommt. Die Kunstgenüsse werden durch höhere und mit größerer Üppigkeit ausgestattete Verbindungen gesteigert (Passionsspiele, Oper, Theater, Konzert). Ebenso werden die wissenschaftlichen Darbietungen für weitere Kreise glänzender ausgestattet (Urania-Lichtbildervorträge).

Im Gegensatze zur Behandlung der Kinder (d. h. der Mädchen vor Beginn der ersten Monatblutung und der Knaben vor Beginn der ersten Traum-Entleerung) wird bei Verfall in geheime Laster während der Zeit der Geschlechtsreife nicht auf völlige Beseitigung der Selbstbefleckung, sondern nur auf Beseitigung der leidenschaftlichen und ausschweifenden Selbstberührung der Hauptwert gelegt, da eine



völlige Aufgabe des Lasters ohne Beiwohnung nur ausnahmsweise erreicht wird und in mäßiger Grenze bleibende Selbstbefleckung zuweilen gegenüber dem Verkehre das geringere Übel ist, z. B. dort, wo der Verkehr nur mit Geschlechtskranken durchgeführt werden kann, oder wo er gesellschaftlich schädigend wirkt, etwa, weil Mittelschüler, denen die Beiwohnung nachgewiesen wird, die Schule verlassen müssen. Im Alter beginnender Geschlechtsreife ist der Hauptnachdruck bei beiden Geschlechtern auf die Erzielung von Arbeitleistungen, die ausreichen, um den Betroffenen oder die Betroffene vor leidenschaftlichen Ausartungen zu bewahren, zu legen und der Verweichlichung vorzubeugen.

Dort, wo ein größeres Übel, etwa Verfall in Siechtum (Bleichsucht und Muttersucht) oder völliger sittlicher Verfall (Gewerbeunzucht bei Mädchen) droht, können die stärker wirkenden ärztlichen Mittel auch schon vor dem 21. Jahre nützlich wirken, wie Gewöhnung an das ruhige Ertragen allmählich kälter werdender Übergießungen oder Thure-Brandsche Massage zur Verhütung des übermäßigen Ausflusses der Selbstbefleckerinnen bei gleichzeitiger ernster Arbeit oder Arsenikkuren (3 × täglich 1 bis 10 bis 15 Tropfen der Fowlerschen Lösung, so daß bei täglicher Steigerung und später täglichem Abfall um je einen Tropfen eine Kur 20 Tage lang dauert). Da reichliche Ernährung nur dann Wert hat, wenn sie nicht benutzt wird, um bei Mädchen den Ausfluß, bei Jünglingen die Samenentleerungen zu vermehren, kann im Jünglingsalter an Stelle der Überernährung sogar die vegetarische Kost nützlich sein. Der nicht der Selbstbefleckung ergebene Jüngling hat in Abständen von 2 bis 14 Tagen Traumentleerungen des Samens mit der Vorstellung der Beiwohnung und ebenso hat die nicht der Selbstbefleckung ergebene Jungfrau von innen heraus ohne äußere Ursache Traumentleerungen der Schleimdrüsen mit der Vorstellung der Beiwohnung. Gelingt es daher, diese Traum-Entleerungen wieder (an Stelle der Selbstbefleckung) durch Fastenvorschriften und Kasteiungen hervorzurufen, so ist selbst Unterernährung bei (durch Selbstbefleckung) Geschwächten, ein brauchbares Heilmittel.

Örtlich können bei Jünglingen Höllensteineinspritzungen nützlich wirken, indem sie die Harnröhre anätzen, die Vorsteherdrüsenentleerung auf einige Tage schmerzhaft gestalten, so daß es leichter wird, den Saft zurückzuhalten und gleichzeitig durch die Entzündung eine brauchbare Erhärtung des männlichen Gliedes herbeiführen. Außerdem soll Einreibung des Gliedes mit einer Mohnsaftsalbe wirksam sein (ich verwende den reinen Mohnsaft mit 9 Teilen Salbengrundlage, Vaselin und Wollfett zu gleichen Teilen) und lasse ein bohnengroßes Stück vor der Beiwohnung einreiben.

Bei Frauen wirkt die Ausspülung mit schwefelsaurem Zink (1 Eßlöffel auf 1 Spülkanne Wasser zu Ausspülungen) ähnlich, die Absonderung einschränkend. Außerdem ist Thure-Brand'sche Reibung ein ausgezeichnetes Mittel, um bei geschickter ärztlicher Hand den Ausfluß hintanzuhalten, die Scheidenmuskeln zur Anspannung zu bringen, die Rückkehr der gesunden Sinnlichkeit zu bewirken. Zwischen je 2 Reibungen (Massagen) hat jeder Ausfluß zu unterbleiben. Anfänglich täglich, dann alle zwei, schließlich alle drei Tage ausgeführt, führt sie oft zwischen 2 Monatregeln, also in höchstens acht Wochen, zum Ziele. In andern Fällen wirkt sie statt zu beruhigen, sofort aufregend, daher



statt nützlich schädlich und statt den Weißfluß und die Selbstbefleckung bekämpfend, diese steigernd.

Eine Hauptursache zur Begattungschwäche stellen seelische Hemmungen dar. Ein Jüngling oder eine Jungfrau haben sich so „gut“ „erzogen“, daß auch dann, wenn sie Verkehr üben wollen, die Schreckvorstellungen der Ansteckung, der Schwängerung, der Erpressung, der ewigen Verdammnis sich pünktlich einstellen. Die Jungfrau Maria oder „der liebe Herr Jesus“ oder irgend ein Heiliger oder „der strafende und warnende Gott“ treten hemmend zwischen die Liebenden, auch wenn diese den Verkehr für die geringere Sünde oder (in der Ehe) für erlaubt halten. Am Ziele ihrer sehnsüchtigen Wünsche angelangt, verlieren die Liebenden oft die Lust am Verkehre und aus der Zielvorstellung „rein“ in die Ehe zu treten, wird durch Verschiebung der Wunsch, unberührt das ganze Leben führen zu dürfen. Durch vorzeitigen Rückschlag wird leicht aus der ersehnten Freude Trauer. Der nackte Körper verliert den Reiz, den er in der Vorstellung hatte. Die Todesangst des „verwundeten Herzens“ tritt an die Stelle der Lebensfreude. Bei solchen Zuständen seelischer Begattungsschwäche ist die mütterliche mitleidigfreundliche Art des begattungsstarken Teiles der Ehe oft in der Lage, den andern Teil des Bundes zur gesunden Sinnlichkeit zurückzuführen, indem z. B. ein Neuvermählter zunächst die auf selbstbefleckerischer Grundlage entstandene Furcht vor der Entkleidung und Begattung bei der jungen Frau langsam beseitigt, zunächst noch nicht die Überwindung des verkehrten Schamgefühles rauh durchsetzend, sondern zärtlich besorgt und liebevoll allmählich von unschuldigeren Liebkosungen zu rauheren übergeht, ein Verfahren, das natürlich nur dort angebracht ist, wo die Gattin sich fügen will. Wo jedoch geheime Laster mit Selbstüberhebung vereint die Frau verleiten, dem Ehegatten gram zu sein, weil sie ihre eigene Schwäche irrtümlich auf dessen vorehelichen Verkehr zurückführt, da wirkt die „Aufklärung“ durch den Gatten oder noch besser durch einen Sachverständigen wie eine kalte Brause oft nutzbringend. Der befragte Arzt wird aber, um die Wirkung nicht zu schroff erscheinen zu lassen, dies Mittel in verfeinerter Form zur Anwendung bringen, indem er ganz allgemein auf die Not der sogenannt anständigen hinweist und darlegt, wie der ungesunde Zustand, daß die körperliche Geschlechtsreife ein Jahrzehnt und länger vor der Eheschließungsmöglichkeit beginnt, regelmäßig zu großen Gefahren führt und wie die Vermeidung der e i n e n (z. B. der Schwängerungs-)Gefahr neue Gefahren (z. B. die des Weißflusses und der Nervenschwäche) heraufbeschwört.

In den Ehen, in denen der Mann die voreheliche sogenannte Keuschheit bewahrte und seine Zeugungskraft durch Selbstberührung schwächte, ist es Aufgabe der (im Liebesverkehre erfahrenen) Gattin, ihn langsam an das Ertragen der Nacktheit und durch Liebkosungen des Kopfes und anderer unverfänglicher Körperteile an die Berührung des andern Geschlechtes zu gewöhnen, wenn ihr auch anfänglich das Zurückzucken des Geliebten bei jeder Liebkosung Zweifel an dessen Liebe aufkommen läßt. Hüten muß sich der Arzt allerdings, jede Sprödigkeit auf leidenschaftliche Selbstbefleckung zurückzuführen, wenn auch die höheren Grade dieses Lasters regelmäßig bei stärkeren Abwehrbewegungen vorliegen dürften, besonders bei Schweißausbrüchen, Herzklopfen, Zittern, Krämpfen, schlagenden B e w e g u n g e n der Frauen und Männer.



Zittern hingegen dürfte auch häufig, wenn es ohne Abwehrbewegungen eintritt, eine einfache Äußerung gesteigerter Sinnlichkeit sein. Während dort, wo die seelischen Hemmungen hauptsächlich unpersönlicher Natur sind (Angst vor dem Verluste des Gefühles der Gegenwart Gottes oder der Jungfrau Maria oder von Heiligen, Furcht vor Ansteckung und Schwängerung) erst eine Gewöhnung an die Entblößungen in Gegenwart von Angehörigen des andern Geschlechts eintreten muß, gibt es eine Reihe von Hemmungen persönlicher Natur, die zwar nicht Begattungsschwäche schlechthin, wohl aber Begattungsschwäche eines einzelnen Paares bedingen können. Hierher gehört die Furcht vieler Frauen, der Ehegatte könne die Tatsache bemerken, daß sie schon mit einem andern Verkehr hatten oder die Befürchtung vieler Männer, die Ehefrau könne die Jungfräulichkeit und Unerfahrenheit des Mannes bemerken, und ihn nun verspotten oder die Erinnerung an eine frühere Geliebte oder an einen früheren Geliebten, die sich das Gewissen beschwerend zwischen die Gatten drängt, endlich die Enttäuschung über die Sinnlichkeit der irrtümlich für kalt gehaltenen Ehefrau, die dem Neuvermählten, der gewöhnt ist, sinnliche Mädchen zu „gebrauchen" und verächtlich von sich zu stoßen, nun als „Dirne" erscheint, endlich auch Enttäuschung über die seitens der Braut vom Bräutigam erwartete männliche Rauheit. Es gibt eben viele Mädchen, die vom Manne erwarten, daß er sie peitscht, falls er sie nicht mehr als Jungfrau findet, und die diese Sühne gern hinnehmen möchten und über die Milde oder Unerfahrenheit des Gatten höchlichst enttäuscht und ernüchtert sind und nun, weil sie sich nicht getrauen, offen zu sein, keine vollständige Ehebefriedigung finden.

Ich rechne den Wunsch entjungferter Mädchen oder ehebrecherischer Frauen, von dem Gatten bestraft zu werden, sowie auch den Ergänzungstrieb des Mannes, die geschilderten Frauen zu bestrafen, nicht zu den krankhaften Erscheinungen, sondern halte die Ausschließlichkeitforderung des Mannes auf den Besitz der Geliebten wenigstens solange er überhaupt mit ihr verkehrt, für einen guten und nützlichen Trieb, die erzieherische Abschwächung dieses Triebes jedoch, die dem Manne ermöglicht, mit Frauen zu verkehren, die sich ihm nur geschäftlich auf kurze Zeit vermieten, für durchaus ungesund und die Hauptveranlassung zur Verbreitung der Lustseuche, der Tripperseuche und anderer ansteckender Leiden. Andererseits hatte ich aber auch das häufig empfohlene Mittel, sich von einer Frau, deren frühere Untreue dem Gatten bekannt wird, zu trennen, bei der heute üblichen Spätehe auch der meisten deutschen Mädchen für nicht anwendbar und rauher als die Bestrafung der Frau, die dann gesühnt hat und nicht mehr gepeinigt wird für Vergangenes und Gesühntes.

Ist der Trieb, eine ungehorsame oder ausschweifende und eine untreue Frau zu bestrafen, wohl noch durchaus gesundheitlich, so gibt es andererseits auch eine Art Fetischismus, der im Quälen oder Gequältwerden an sich die Vorbedingung zur Geschlechtslust erblickt, eine Steigerung des Triebes nach Unterwerfung des Partners, also des Entjungferungstriebes im Manne und der Sprödigkeit der Frau, sowie des Bedürfnisses, zu schützen beim Manne und beschützt zu werden bei der Frau.

Hier ist wichtig, zu wissen, daß Auslösung der Schmerzlüsternheit oder Erfüllung des fetischistischen Wunsches oft die Begattungsstärke wieder herstellt. Vermeidet dann der früher Entartete die Selbst-



befleckung und hat er hinreichend häufig Verkehr, so gelingt es, andauernd gesunde Liebesempfindungen zu erhalten.

Hinsichtlich der wichtigen Frage: „Darf der Arzt zum außerehelichen Verkehre raten?" halte ich folgendes für wichtig.

Sind beide Ehegatten durch Selbstbefleckung schon entartet, so ist nach dem heutigen Stande meiner Kenntnisse ohne Zuhilfenahme der Thure-Brandt'schen Reibung bei der Gattin, also wenn diese abgelehnt wird, eine gute Begattungsfähigkeit sehr schwer erreichbar ohne Ehebruch, während die Begattungsfähigkeit mit Hilfe einer Nebenfrau, die in Liebesangelegenheiten erfahren ist, wie es besonders die Priesterinnen der freien, aber bezahlten Liebe in Seestädten (z. B. Hamburg) sind, leicht und in kurzer Zeit herstellbar ist. Solche Nebenfrauen sind weniger die öffentlichen Mädchen, als vielmehr Mädchen und Frauen, die hauptsächlich aus Verbindungen von ein oder mehreren Wochen leben.

Es genügt meiner Ansicht nach, wenn der Arzt ein „Gutachten" abgibt, statt eines Rates, der sittlich vielleicht angefochten werden könnte.

Bei all diesen Fragen tut der Arzt gut, von vornherein jede sittliche und rechtliche Verantwortung abzulehnen, auch jede bürgerrechtliche Haftung und auch auf die Gefahren der ansteckenden Geschlechtsleiden hinzuweisen.

Vielfach handelt es sich überhaupt nur um Fragen der verhältnismäßigen (relativen) Sittlichkeit. Unter Berücksichtigung der neueren (und doch so alten) Erfahrungen über die Geheimlaster erscheint die Tatsache, daß Kirchenfürsten Freudenhäuser geduldet haben, in einem andern Lichte als bisher in weiten Kreisen geahnt wurde, in denen geldliche Gründe für dies Verhalten als ausschlaggebend angesehen wurden. Mir erscheint vielmehr ebenso gut, wie es eine Fürstin gab, die ärztliche Bewachung und Bordellierung von Freudenmädchen einführte, und wie diese Fürstin in gutem Glauben gehandelt haben dürfte, ein Bischof in der Lage zu sein, Bordelle als das geringere Übel nach bestem Wissen zu dulden, wenn ich persönlich auch das Dulden von Nebengattinnen zum mindesten in unsern afrikanischen Besitzungen unter Bestrafung gewerbsmäßig in kurzen Zwischenräumen mit vielen Männern verkehrender Mädchen für unschädlicher halte.

Besser als alle allgemeinen Erörterungen wirkt die Darstellung von einzelnen Beobachtungen. Ich will daher mit einer Reihe solcher schließen.

I. Noch nicht schulpflichtiger (etwa 4 Jahre alter) Knabe kam mit seiner Mutter zu mir. Die Vorhaut ist rot, entzündet. Nach Aussage der Mutter ist er der Gewohnheit dieser Reibereien ergeben. Ich rate zu Bädern des Gliedes mit Kalendulatinktur (10 Tropfen auf eine Tasse Wasser), Prießnitzeinpackungen (kaltes nasses Tuch um Brust, Bauch, dann trockenes, dann wollenes Tuch, 2 kalte nasse Taschentücher an die Füße, dann trockene wollene Strümpfe, abends als Schlafmittel). Der Knabe soll daran gewöhnt werden, diese kalten Wickel ohne Widerstand und Schreien zu ertragen; ferner ihn bei Gelegenheit wöchentlich ein- oder zweimal zu schlagen und ihm bei guter Führung hin und wieder zu gestatten, eine Stunde im Bette der Mutter zu verweilen (Befriedigung des Berührungstriebes ohne Auslösung des in diesem Alter gefährlichen Entspannungstriebes). Die Mutter stellt ihn nach einiger Zeit wieder vor. Nach 4 Tagen war die Entzündung



abgelaufen. Niemals wurde seit dieser Zeit beobachtet, daß der Knabe in die alte Gewohnheit verfallen wäre. Selbstverständlich konnten dann die Teilbäder und Wickel fortgelassen werden, während ich zum dauernden Beibehalten der beiden hinsichtlich des Liebestriebs meiner Ansicht nach bei Kindern sehr wirksamen Erziehungsmittel (zuweilen Schläge und öfter Ruhenlassen in den Armen der Mutter) raten konnte.

II. Acht Jahre altes Mädchen kam mit seiner Mutter zu mir. Das Kind wog 22 kg, war dreimal nach Angabe der Mutter wegen Mandelschwellung unter Chloroformbetäubung operiert worden, ferner einmal zwecks Ausführung eines zahnärztlichen Eingriffs der Chloroformierung ausgesetzt. Jetzt sollte das Mädchen zum 4. Male an den Mandeln operiert werden. Es klage häufig über Atemnot. Ich konnte nur mäßig vergrößerte Mandeln erkennen, sah die Ringe unter den Augen, betastete die Leistendrüsen, die sich beiderseits als geschwollen erwiesen, riet ab von einem weiteren Eingriffe und erfuhr von der Mutter auf Befragen, daß das Mädchen seit seinem 6. Lebensjahre Weißfluß habe.

Ich gab unter ausdrücklicher Ablehnung jeder rechtlichen und sittlichen Verantwortung folgende Ratschläge: Das Kind solle vor allen Dingen daran gewöhnt werden, in diesem jugendlichen Alter den Weißfluß zu unterlassen. Diese Gewöhnung solle n i c h t dadurch geschehen, daß man etwa das Kind auf den Ausfluß hinweise oder daß eine Aufklärung mit Schreckvorstellungen erfolge, s o n d e r n dadurch, daß das Kind tagüber mit nützlicher Arbeit in der Mutter Gegenwart beschäftigt werde, ferner solle es die entsprechende Kost erhalten („Diätzettel", wie ihn der Stuttgarter Verein für die freie Arztwahl herausgibt, dabei reichliches Obst, Honig, Salatgenuß, Gemüse) und endlich solle die Mutter das Kind völlig ausziehen und in ein kaltes nasses Tuch, ein trockenes Tuch, ein wollenes Tuch einwickeln und ebenso die vorher als warm erkannten Füße einpacken in kalte nasse Taschentücher und trockene wollene Strümpfe. Ferner sei das Kind (es war das einzige) öfter von der Mutter stundenweise ins Bett zu nehmen, etwa morgens, wenn die Packung entfernt sei. Auch sei es wöchentlich etwa zweimal entkleidet mit dem Stocke zu schlagen (jedesmal etwa drei Schläge, die das Mädchen ruhig hinzunehmen hätte) und zwar n i c h t wegen Selbstbefleckung, sondern aus andern Gründen z u r Beruhigung seiner Nerven, um ihm eine Möglichkeit zu geben, ohne Weißfluß auszukommen.

Ich gab ferner innerlich:

bei der I. Beratung, China in sehr starker Verdünnung 3 × 10 Tropfen vor dem Essen.

Die Chinaverordnung behielt ich dann mit geringfügigen Abänderungen bei.

Das Kind erhielt die ersten acht Tage täglich eine Einpackung mit Ausnahme eines Tages (Besuch des Zoologischen Gartens), dann 11 Tage lang 2 × wöchentlich eine Einpackung, wurde viermal innerhalb 21 Tagen geschlagen. Die Mutter, die bei der ersten Beratung mir mitgeteilt hatte, der Schulrat habe ihr zu einer milden Behandlung des schwächlichen Kindes geraten, wies ich darauf hin, daß gewiß ein milder Ton durchaus angebracht sei, jedoch gleichzeitig auch eine hinreichende Prügelung, da diese ablenkend wirke und ja erst die ruhige milde Anfassung des Mädchens ohne „Szenen" und Schreiereien ermögliche.



Der Erfolg war so ausgezeichnet und so in die Augen springend, daß ich den Umschwung in dem ganzen Verhalten des Mädchens der neuen Lebensweise zuschreiben zu dürfen glaube.

Nach 5 Tagen von der ersten Beratung an gerechnet, war das Gewicht auf 24 kg gestiegen. Ausfluß hat die ganzen 21 Tage, in denen das Kind von mir beobachtet wurde, nicht mehr stattgefunden. Die Ringe unter den Augen waren verschwunden. Das Gewicht stieg dann bis auf 25 kg, um sich auf der Höhe von 24 kg dauernd zu erhalten und als ich nach 5 maliger Beratung das Kind aus meiner Behandlung entließ, waren irgendwelche Beschwerden, die eine Operation auch nur entfernt nahegelegt hätten, nicht vorhanden. Ich konnte im Halse keine Mandelschwellung mehr wahrnehmen. Auch die rechte Leistenbeuge ließ eine geschwollene Drüse nicht erkennen, links war noch eine kleine Drüse in der Leistenbeuge abzutasten. Während der ganzen Zeit hat das Kind niemals mehr über Erstickungsgefühle geklagt, die es vordem im Bette abends zu haben angegeben hatte, so daß der Mutter zur Operation geraten worden war. Von Anfang an bemerkte die Mutter, daß das Kind geistig geweckter, lebhafter wurde, schon selber fragte, ob es noch eine Arbeit verrichten könne. Am Schlusse von der Mutter gefragt, was das für Erstickungsgefühle gewesen seien früher (es bestand Tuberkulosefurcht), erklärte ich solche Anfälle als häufig auftretend bei Mädchen, die vorzeitig Weißfluß hervorriefen, da ja die Vorstellungskraft stark angestrengt werden müsse, falls ein so junges Mädchen diesen Spielereien huldige und mit solchen Anstrengungen Reizung der Herz- und Gefäßnerven oft verbunden sei.

Ich konnte nur nach bestem Wissen und Gewissen raten, auch fernerhin durch rechtzeitige Bestrafung einem Rückfalle bis zum Beginn der Geschlechtsreife vorzubeugen und auch dies Ruhenlassen im Bette der Mutter weiter hin und wieder zu ermöglichen, um die unschädlichen Liebkosungen, die nicht mit schwächendem Ausflusse verbunden sind, zu ermöglichen. Bei dieser Gelegenheit möchte ich betonen, daß dieser Fall keine Seltenheit ist, vielmehr beobachtete ich bei Untersuchung von sehr vielen Berliner Ferienkoloniekindern (Mädchen) Leistendrüsenschwellungen mit Angabe der Mutter, daß die Schulkinder sehr lange Ausfluß hätten, als ich 1911 mit der Begutachtung von Ferienkoloniekindern beauftragt war.

Es ist meiner Ansicht nach ein schwerer Fehler, einerseits Überernährung, See-, Waldluft für teures Geld zu beschaffen, andererseits die Hauptursache vieler Schwächezustände noch nicht einmal, soweit Mädchen in Frage kommen, an reichsdeutschen Hochschulen irgend ausführlich zu behandeln.

III. Zwölfjähriges Mädchen, Tochter eines sehr begüterten Großstädters, der in einem Villenvorort auf dem Lande wohnte, litt an bleicher Gesichtsfarbe und Ringen unter den Augen. Die Mutter wurde von mir darauf hingewiesen, unnötige Reibereien zu vermeiden. Außerdem empfahl ich ihr unter Ablehnung jeder rechtlichen und sittlichen Verantwortung, das Buch einer Berufs-Erzieherin: Erziehungsmethoden, Erziehungsresultate (bei M. G. Schneider, Budapest erschienen) und gab innerlich Santonin und rotgefärbte neapolitanische Salbe zum Einsalben des Dammes. Nach acht Tagen ist das Mädchen förmlich aufgeblüht, da es nicht mehr von dem Jucken geplagt wird, das Eingeweidewürmer hervorrufen und da die Mutter in einer freundlich-ernsten



auch strenge Mittel nicht schonenden Erziehung auf Tatkraft und Selbstzucht bei dem Mädchen hinwirkt.

Ich kann, nur gestützt auf zahlreiche Erfahrungen, empfehlen, auch dort, wo nur Wurm-V e r d a c h t besteht, die Abtreibungskur einzuleiten und nicht erst zu warten, bis es gelungen ist, Würmer bei den Kranken nachzuweisen. Welch merkwürdige Scheu die Wurmleidenden vor der Angabe ihrer Beschwerden haben, erlebte ich vor kurzer Zeit. Ein monatelang untersuchter und behandelter Mann, bei dem von anderer Seite, um das schnelle Siechtum zu erklären, die feinsten Herz- und Lungenuntersuchungen wegen Tb.-Verdachts) vorgenommen waren, verlor nach Einnahme eines Wurmmittels H u n d e r t e fadenförmiger Darm-Würmer, so daß ich ihn durch kräftige Ernährung die Woche hindurch und wöchentlich eine Wurmabtreibungskur am Sonntag in kurzer Zeit von seinem Siechtum befreite. Ebenso gelingt es auch zuweilen bei Säuglingen, die an Brechdurchfall „mit Gehirnerscheinungen" leiden, durch Eingabe von Santonin den sonst drohenden Tod hintanzuhalten.

IV. Ende der 20 er Jahre stehender Bergwerkangestellter litt an Samenverlusten, die anscheinend unfreiwillig und bei Bewußtsein eintraten. Er hatte eine Braut, die er heiraten wollte, wenn ihm der Verkehr gelänge. Seine bisherigen Erfahrungen der letzten Zeit ließen ihn befürchten, daß er begattungsunfähig sei. Ich spritze ihm eine Höllensteinlösung in die Harnröhre. Nunmehr konnte er den Samen drei Tage anhalten. Gleichzeitig gelang ihm, nachdem er eine mittlere Prüfung für den Bergwerkbetrieb bestanden hatte, der Verkehr mit seiner Geliebten, die er nun heiraten wollte. Es handelte sich offenbar um Geschlechtsnervenschwäche und Furcht durch die Prüfungsnöte und Selbstbefleckung hervorgerufen, so daß das Vertrauen auf die Einspritzung und die von mir verordnete Opiumsalbe, sowie die augenscheinlichen Erfolge der Behandlung, ihm den Mut wiedergaben. Die Opiumsalbe lasse ich selbstverständlich erst kurz vor der beabsichtigten Beiwohnung einreiben.

V. Bankbeamter in den 30 er Jahren, seit Jahren verheiratet, klagte über Nervenschwäche, Umwandlung der Lustvorstellungen in Schmerz, nächtliche Schreckvorstellungen; auf Befragen gab er an, nur e i n m a l in seinem Leben volle geschlechtliche Befriedigung gefunden zu haben, sonst jedoch bei allen andern Beiwohnungen zu früh fertig geworden zu sein. Ich gab ihm die Küchenschelle in starker Verdünnung, und erhielt von ihm am nächsten Tage einen neuen Besuch, in dem er fragte, was für ein heftiges Betäubungsgift ich ihm gegeben habe, da in der vergangenen Nacht alle Schreckvorstellungen verschwunden gewesen seien und er gut geschlafen habe. Ich wies ihn auf die völlige Unschädlichkeit der Verordnung (3 Tropfen in 1 Teelöffel Wasser 3 × täglich) hin und erreichte mit Hilfe der Opiumsalbe, daß derselbe Herr nach 14 Tagen behauptete, jetzt dauere die Beiwohnung mit seiner Frau etwa sechs Minuten, die früher nur etwa 2 Minuten lang gedauert habe. Allerdings hatte ich ihm außer der für Nervenleidende geeigneten reizarmen Kost hauptsächlich angeraten, die gesunde beiderseitige Befriedigung bei der Beiwohnung zu erstreben.

VI. Etwa 30 jährige Pfarrertochter kam in Begleitung einer Diakonissin, da sie befürchtete, unterwegs, wie schon früher häufig, in Ohnmacht und Krämpfe zu verfallen. Ich schlug ihr nach eingehender



Untersuchung die T h u r e - B r a n d t'sche Massage vor, die ich im Anschluß an die Unterleibuntersuchung vornahm. Schon bei dem 2. Besuche konnte sie aus ihrem Heimatdorfe allein kommen. Die Krampf- und Ohnmachtanfälle hatten aufgehört. Sie hatte jedoch wieder unruhige Nächte gehabt. Bei ihren folgenden Besuchen wurde sie ständig frischer und munterer. An Krampfanfälle und Ohnmachten war gar nicht mehr zu denken. Als sie nach einigen Wochen äußerte, daß ihr die Entkleidung doch peinlich sei, versuchte ich nicht, sie zu weiterer Massage, die m. E. der Arzt nur auf ernstliches Verlangen und ohne irgendwelche Überredungskünste in dieser Form anwenden sollte, zu veranlassen, sondern riet ihr dringend, sich außerhalb ihres Vaterhauses eine bezahlte Stelle zu verschaffen, um die (in etwa drei Wochen) neu gewonnenen Kräfte zu stählen und zu erhalten. Zur Unterstützung gab ich, soweit ich mich erinnere, Ignatia in sehr starker Verdünnung.

VII. Eine ganze Reihe von Mädchen, die selbst ihr Brot verdienten, aber wegen Blutarmut, „Bleichsucht", auf den Rat anderer Ärzte auf Kassenkosten meist mit mangelhaftem Erfolge die Arbeit aussetzten, habe ich durch T h u r e - B r a n d t'sche Massage innerhalb acht Tagen zur Aufnahme der Arbeit gebracht. Ich pflege die Abbrechung dieser Behandlungsart für den Fall, daß es nicht gelingt, die Arbeitkraft zu heben, in Aussicht zu stellen, während ich bei Aufnahme der Arbeit weitere Massage bis zur völligen Genesung in Aussicht stelle und beobachte durch Wägungen, ob eine Zunahme erreicht wird. Ich erzielte auf diese Weise Zunahmen von 500 bis 1500 g wöchentlich, während ich das Hauptaugenmerk darauf richtete, zwischen zwei Massagen den Weißfluß zu unterdrücken und nur zu massieren, wenn hinterher nicht Erregung, sondern Ruhegefühl eintrat. Geeignete arzneiliche Mittel dienen zur Unterstützung.

VIII. Aus meiner Tätigkeit als Hausarzt des Fröbelkrankenhauses in Berlin will ich hier eine Beobachtung über Umwandlung der Brunst in Inbrunst und der Inbrunst in Gleichgeschlechtlichkeit anführen. In der Regel wird nur ein Teil des Liebestriebs umgewandelt, nicht etwa der ganze Liebestrieb. Ein fast achtzehnjähriges Mädchen meiner Krankenabteilung empfand bei der Einlieferung noch mannweiblich. Für den Seelenkenner ist derartiges bei der ärztlichen Untersuchung und örtlichen Behandlung der Zeugungsteile wohl erkennbar. Einige Tage später war die Stimmung ins Religiöse umgeschlagen, und als ich beim Aufsteigen des Mädchens das zurückgekehrte Schamgefühl bemerkte, stellte ich durch unauffälliges Befragen der Pflegerin fest, 1. daß eine heilige Abendmahlsfeier stattgefunden hatte, 2. daß das Mädchen sich beteiligt hatte. Die fromme Stimmung hielt einige Tage an. Es gelang, das Mädchen fürsorgefrei zu bekommen. Ich bat es, mir an einem bestimmten Tage zu schreiben, ob es in Dienst sei, aber auch dann mir Mitteilung zu machen, wenn es nicht in Dienst gehen sollte. Einige Tage später merkte ich beim Aufsteigen, daß das Mädchen gleichgeschlechtlich geworden war. Ich sagte ihm aus seelenärztlichen Gründen nichts davon, bat aber das vor der Entlassung stehende Mädchen, sich an sein Versprechen zu erinnern und erhielt bald aus einem Berliner Café eine Ansichtskarte von einem der leidenschaftlichsten Mädchenjäger unter Berlins Kontrollmädchen und von diesem Mädchen, das das Leben auf dem Strich doch für zu schön gehalten hatte, als daß es die Arbeit versucht hätte.



IX. Als Hauptmittel, der gleichgeschlechtlichen Betätigung zu entgehen, gab ein junger Mann, der Jahre hindurch mit diesem Triebe gerungen hatte und von einem der ersten Geschlechtsforscher Berlins für angeboren gleichgeschlechtlich erklärt war, an, daß er wöchentlich zweimal ein öffentliches Mädchen besuche. Diese Art der Betätigung hatte er sich angewöhnt, als er ein neues Unternehmen gegründet hatte, da ihm seine neue Stellung mit gleichgeschlechtlicher Betätigung unvereinbar zu sein schien.

X. Ein früherer Fürsorgezögling, der mit Zustimmung seiner Eltern zum Dienstmädchen erzogen werden sollte, und aus Dienststellen zwecks Ausübung des Unzuchtgewerbes wiederholt entwich, wurde später kontrollfreie Geigerin mit einem Monatgehalte von 180 M., soweit meine Ermittlungen reichen. Ein Stiftgeistlicher, dem ich diesen Fall mitteilte, erzählte mir, daß ein anderer Fürsorgezögling jetzt als Schauspielerin monatlich 400 M verdiene. Also Umwandlung eines Teils der Sinnlichkeit in künstlerische Betätigung.

XI. In Molls Zeitschrift für medizinische Psychologie habe ich eine Reihe von Gesinnungsänderungen Berliner Freudenmädchen veröffentlicht, die unter dem Einflusse einer großen Liebesleidenschaft und eines Ersatzbetäubungsmittels, z. B. von Schlägen oder religiöser Inbrunst, oder unter dem Einfluß der Abschwächung des Liebestriebs wie sie das höhere Alter mit sich bringt, erfolgten z. B. die Gesinnungsänderung eines 18 jährigen Mädchens, das ein Beflissener der Heilkunde von der Straße zu sich nahm und ein Handwerk (die Blumenbinderei) erlernen ließ, das dann den Lebensunterhalt verdiente, jedoch morgens öfters nicht aufstand, wenn es ins Geschäft gehen sollte, so daß der Mann durch Schläge einen Zwang auf das Mädchen ausübte. Ohne diesen Zwang trat innerhalb dreier Jahre immer wieder Nachlässigkeit bei dem Mädchen ein. Also: Befriedigung eines Teils der Sinnlichkeit durch den Geliebten, im übrigen Betäubung durch Schläge.

XII. In diesem Zusammenhange sei die Lehrerin aus meinen zehn Lebensläufen Berliner Kontrollmädchen (Verlag Seemann Nachfolger, Berlin, Preis 1,00 M.) erwähnt, die Paris und Luxusbäder als Erzieherin hatte kennen lernen, dann nach Berlin gekommen war und — offenbar überwältigt von ihrer Sinnlichkeit, an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je mit einem andern Herrn, ohne sich bezahlen zu lassen, einen Grunewaldausflug mit nachfolgendem innigen Verkehre unternommen hatte. Als dann der gewerbemäßige Unzuchtbetrieb folgte, kam sie ins Krankenhaus, erklärte, daß sie sich erst noch einmal überlegen wolle, ob sie das Angebot der Rettungsdame annähme, kam unter Sittenkontrolle, erkrankte im Verlaufe zweier Jahre wiederholt, machte einen Selbstmordversuch durch Trinken von Kupferwasser, und fuhr kurzerhand nach einem Streite mit ihrer Wirtin nach Hause. Ich traf sie $2^1/_2$ Jahre später eines Sonntags, als ich ihrer Mutter unverhofft und unangemeldet einen Besuch abstattete und sah, wie sie mit ihrem Gatten aus der Kirche kam. Sie erfreute sich eines guten Rufs und gab an, daß sie vor damals $2\,^1/_2$ Jahren an einem ihr ganz genau bekannten Tage plötzlich nach einem Streite mit ihrer Wirtin nach Hause gefahren sei und gebeichtet habe. Dann hatte sie ein ganzes Jahr im Hause der Mutter zurückgezogen gelebt (die geistige Pflege besorgte der katholische Beichtvater), war von einem tüchtigen Manne zur Ehe begehrt worden, der nichts von ihrer Vergangenheit wußte, und lebte in angesehener Liebes-Ehe. Gleichzeitig ermittelte ich, daß ihre her-



vorragende geistige Begabung und ihr Fleiß die Ursache dafür waren, daß sie einst zur Lehrerin ausgebildet wurde. Ihr Fleiß und ihre hervorragende Begabung waren in der Schulzeit aufgefallen, so daß ihre Lehrerin dem Vater nahegelegt hatte, die Tochter „studieren" zu lassen. Der Vater hatte zahlreiche Ehrenämter in dem Städtchen innegehabt und dem unteren Mittelstande angehört. Sie schien die geistige Herrschaft im Hause zu führen, erstrebte ein Selbständigmachen des Gatten, dachte auch in eine größere Stadt zu ziehen, in der sie durch Vermietung etwas verdienen könne. Also Umwandlung eines Teiles der Brunst in Inbrunst, sowie Ehe als Hauptbefriedigung.

Die angeführten Fälle ließen sich beliebig vermehren. Sie mögen aber vorläufig genügen, und erhärten, daß verstandesmäßige Aufklärung, ja selbst die eingehendste Kenntnis des Liebeslebens weniger vor Entgleisung schützt, als die Einweihung in Ersatzmittel und Schutzkräfte des Geschlechtstriebes.

Sparsamkeit, Inbrunst, Freundschaft, edle Liebe, Kunstgenuß, chemische Betäubungsmittel, Massage, Arbeitsbetäubung in geeigneter Stärke (nicht zu schwach und nicht zu stark) angewandt, sind noch am ehesten geeignet, das Geschlechtselend zu lindern.

Umgekehrt schützt eine gute und starke geschlechtliche Befriedigung in hohem Grade vor anderweitigen Triebentartungen wie Betäubungssucht durch Weingeist, Mohnsaft, ferner vor Schadenfreude, Roheit, Stehlsucht, Spiel, Wette. Immer wieder handelt es sich hauptsächlich darum, dem leidenschaftlichen Triebe Ablenkung durch verschiedenartige Nebenströme und einen Hauptstrom zu bieten, etwa Trinkern wieder (wenn auch unter Zuhilfenahme von Anregungs- und Reizmitteln) eine ausgiebige grobsinnliche Beruhigung zu verschaffen, oder die mächtigen übernatürlichen (religiösen) Mittel hauptsächlich heranzuziehen, daneben auch die für die entgleiste Persönlichkeit geeigneten Teilablenkungen ausfindig zu machen.

Tannismut in der Privatpraxis.

Von Dr. E. Klindt, Halle a. S.

Die Zahl der augenblicklich sich im Handel befindlichen Darmadstringentien ist Legion, es ist daher nicht wunderlich, wenn man gegen neue Arzneimittel mit Vorsicht und Skepsis herangeht, und der praktische Arzt tut recht nur solche in Gebrauch zu nehmen, die nach gewissenhafter Prüfung in der Fachpresse empfohlen werden.

Gewöhnlich läuft ein neues Arzneimittel alle Phasen der verschiedenen Anschauungen durch, sehr oft zuerst Enthusiasmus, dann die Reaktion hierauf, Mitteilung schädlicher Nebenerscheinungen, Unwirksamkeit, sogar endgültige Verwerfung des Mittels und nur sehr wenige behalten ihren Platz als brauchbares, in der Praxis bewährtes Präparat.

Das Tannismut „Heyden", von berufener Seite empfohlen, hat sich trotz der vielen Antidiarrhoica, welche hauptsächlich im letzten Jahrzehnt in Verkehr gebracht wurden, bis jetzt seinen Platz zu erhalten gewußt und bewies damit, daß manche Darmadstringentien noch einer Besserung bedurften, bezw. daß es notwendig erschien, gewisse unangenehme oder schädliche Nebenwirkungen zu beseitigen.

Von den pflanzlichen Adstringentien hat sich am besten das Tannin, von den metallischen das Wismut bewährt. Beiden haften jedoch verschiedene unangenehme Eigenschaften an, die ihre Vorzüge nicht



ganz zur Wirkung kommen lassen, so z. B. wird Tannin bei innerlicher Darreichung zum Teil sehr rasch an Eiweißstoffe, die im Mageninhalt oder in der Schleimhaut enthalten sind, gebunden und geht somit für die erwünschte Wirkung verloren; andrerseits wirken viele Wismutverbindungen wie das Subnitrat, das Karbonat und solche, welche durch die schnelle Abspaltung schon im Magensaft beträchtliche Mengen von Wismut abgeben, nicht ganz ungiftig. Es war daher vorauszusehen, daß eine glückliche Kombination beider Mittel, in der die Vorteile des Tannin und des Wismut ohne ihre Nachteile enthalten waren, bei der Behandlung von akuten, subakuten und chronischen Enteritiden gute Erfolge aufweisen mußte.

Das Tannismut oder, wie es die Chemiker nennen, Bismuthum bitannicum ist ein bräunliches, geruchloses und wenig säuerlich schmeckendes Pulver, aus Wismut und zweifachem Tanninmolekül bestehend. Die beiden Komponenten vereinigen in sich die adstringierenden und antifermentativen Eigenschaften des Tannin mit der aufsaugenden und austrocknenden, sowie antiseptischen Wirkung des Wismut. Das letztere besitzt durch seine sikkative Wirkung einen besonderen günstigen Einfluß auf Wundflächen und kann somit als besonders geeignetes Protektivum betrachtet werden.

Unter den vielen Nachteilen der verschiedenen Adstringentien wie z. B. zu rasches Abspalten und daher keine andauernde Wirkung und die Verbindung mit indifferenten Stoffen, um ein im Magensaft unlösliches Präparat zu erhalten, oder die zu große Stopfwirkung war der hauptsächlichste Übelstand dar, daß sich die antidiarrhoische Wirkung nur auf die oberen Teile des Darmtraktes erstreckte, ohne in die unteren Partien zu gelangen.

Das Tannismut spaltet sich hauptsächlich nur unter dem Einfluß des alkalischen Darmsaftes ab, und seine Wirkung erstreckt sich auf die ganze Länge des Darmschlauches. Pickardt hat schon nach 4—5 Stunden als Beweis der Resorption eine Tanninreaktion im Harn nachweisen können, die nach 3—4 Stunden erheblich intensiver wurde, als Zeichen, daß die Hauptspaltung im Darm vor sich geht, allmählich stattfindet und sich nicht nur auf die oberen Teile erstreckt.

Durch das Tannindoppelmolekül ist die Abspaltung eine langsamere, und die Wirkung eine nachhaltigere, denn sobald die eine Tanningruppe in Wirksamkeit getreten ist, kommt immer noch die andere zur Entfaltung im Gegensatz zu dem Monotannat, wo die Spaltung nur einmal erfolgen kann.

Nach Fütterungsversuchen von Gottschalk an gesunden Hunden und Pferden war Tannismut im höchsten Grade ungiftig und hat selbst in enorm hohen Dosen keine Appetitstörung oder Verstopfung hervorgerufen.

Ich verwende das Tannismut seit 4 Jahren und war mit seiner Wirkung stets zufrieden. Es wird von Erwachsenen und Kindern gerne genommen und belästigt den Magen absolut nicht. Bei Kindern der Arbeiterbevölkerung, die sehr oft unzweckmäßig ernährt werden, und die einer Diätvorschrift kein Verständnis entgegenbringen, hat sich das Tannismut bei den sommerlichen Durchfällen prompt und gut bewährt. Bei akutem Darmkatarrh der Erwachsenen trat manchmal die Genesung schon nach 24 Stunden ein, sehr häufig nach 2—3 Tagen. Die Stühle haben vom Anfang der Behandlung an ein anderes Aussehen angenommen, wurden fester und zeigten bald die normale Kon-



sistenz. Bei subakuten Enteritiden mit 4—6 Entleerungen im Tage, die reichlich und wässerig waren, einen stinkenden Geruch hatten und mit viel Schleim vermischt waren, trat nach 6—8 tägigem Gebrauch des Tannismut vollständige Heilung ein. Die Dosis war 4—5 mal im Tage eine Tablette. Patienten, die schon längere Zeit an Darmkatarrh litten, bekamen das Tannismut wochenlang und zwar so, daß sie in der ersten Zeit 4 Tabletten täglich, später 6—8 Tabletten und zuletzt 3 Tabletten pro die bekamen. Die Entleerungen verminderten sich von 5—6 täglichen Stühlen auf 2—3, nach 2—3 wöchentlicher Behandlung bis auf eine normale Entleerung pro Tag. Bemerkenswert ist, daß die Erfolge dauernd anhielten auch dann, wenn die Patienten ihre Lebensweise mit der gewöhnlichen Kost der Minderbemittelten fortgesetzt haben. Ich habe mit Tannismut oft bei hartnäckigen Fällen, die trotz strengster Diät und ständiger Anwendung von Adstringentien nicht ausheilen wollten, den Verlauf der Darmkatarrhe wesentlich abgekürzt und sah oft Erfolg, wo mich jedes andere Mittel im Stich ließ. Bei Kindern habe ich die ganz wohlschmeckenden Tabletten mit Schokoladeüberzug verwendet und zwar 2—3 Tabletten pro Tag. Die meisten Fälle heilten schon nach kurzer Behandlungsdauer, einzelne zeigten schon am nächsten Tage wieder normale Stühle, andere nach 2- längstens 3 wöchentlicher Behandlung. Unangenehme Nebenwirkungen oder Intoxikationserscheinungen sind auch in größeren Dosen niemals aufgetreten. Wo es angänglich war, wurde stets eine Einhaltung der Diat angeordnet. Alles in allem kann ich auf Grund meiner Erfahrungen das Tannismut als ein vorzügliches Antidiarrhoikum bezeichnen, das dem praktischen Arzt jedenfalls sehr gute Dienste leisten kann.

Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie u. path. Anatomie.

Waller, E. H. (Birmingham), **Die Beziehungen als Schilddrüse zu anderen inneren Sekretionen sexuellen Ursprungs.** (Practitioner Bd. 89, H. 2)

Die Schilddrüse hängt sicherlich nahe mit dem Geschlechtsleben, zumal dem weiblichen, zusammen, doch sind die Beziehungen verwickelt und erscheinen widerspruchsvoll; ferner beeinflußt sie die Sekretion der Speicheldrüsen, des Pankreas und der Leber und wird von ihr beeinflußt.

Jede Vergrößerung der Schilddrüse erlaubt die Annahme, daß der Körper ein erhöhtes Bedürfnis nach Sekret hat; dies kann aber nur befriedigt werden, wenn dem Körper Jod und (in geringer Menge) Arsen zugeführt wird. Ist dies der Fall und ist die Schilddrüse leistungsfähig, so kann daran Hypersekretion ohne merkliche Vergrößerung stattfinden, andernfalls wird die Schilddrüse sich vergrößern und doch nicht hinreichend sezernieren. Wird nun Jod zugeführt, so kann die Schilddrüse ihren Betrieb einschränken und kleiner werden, es kann aber auch, wenn diese Einschränkung nicht eintritt, Hyperthyreoidismus mit Basedowsymptomen eintreten. Dies zur Erklärung der Tatsache, daß die Jodbehandlung der Kröpfe stets ein Versuch mit unsicherem Resultat ist.

Verstände man diese verwickelten Zusammenhänge vollständig, so wären wahrscheinlich alle Thyreoidektomien überflüssig.

Kropf kann auch entstehen durch Erschöpfung der Schilddrüse. Dies scheint z. B. beim akuten Gelenkrheumatismus eintreten zu können, den man öfters in der Vorgeschichte des Basedow findet.



Den größten Einfluß auf die Thyreoidea haben aber sexuale Vorgänge, wie schon aus der Altersverteilung ihrer Erkrankungen hervorgeht. Waller nimmt keinen Antagonismus zwischen der Schilddrüse und den Sexualdrüsen an, sondern ein Zusammenarbeiten in dem Sinne, daß erstere für die mangelhafte Funktion, letzterer, soweit sie die innere Sekretion betrifft, eintreten muß. Daher die Blähhälse in der Pubertät, wenn die Ovarien nicht hinreichend funktionieren oder die Schilddrüse aus irgend welchen Gründen (erschöpfende Krankheit, Heredität) nicht auf der Höhe der Leistungsfähigkeit ist. Es scheint, daß die Ovarien unter mangelhafter Funktion der Schilddrüse leiden, wenigstens wird Dysmenorrhöë, ja sogar Amenorrhoë durch Schilddrüsenpräparate gebessert, und dieselben erweisen sich auch brauchbar zur Behandlung der Ausfallssymptome der (künstlichen wie natürlichen) Menopause. Dem scheint zu widersprechen, daß diese Ausfallssymptome (Herzklopfen, Schweiße, Erregbarkeit, erhöhter Blutdruck) den Basedowsymptomen gleichen, aber W. erklärt diesen Widerspruch durch die Annahme, daß vermehrte Schilddrüsentätigkeit als Kompensation für den Ausfall der Ovarien auftritt und sich mit basedowähnlichen Symptomen äußert, bis der Körper sich an die neuen Verhältnisse gewöhnt hat. So vermutet er auch, daß beim Basedow das primum vitium in den Ovarien liegt und die übermäßige Tätigkeit der Schilddrüse erst die Folge ist.

Während sich also bei Störungen in der weiblichen Genitalsphäre die Schilddrüsenpräparate als wirksam erwiesen haben, scheinen die Ovarialpräparate zu versagen. W. glaubt den Grund wenigstens teilweise darin zu finden, daß beim Tier die Ovarien eigentlich nur während der kurzen Zeit der Brunst in Funktion sind, also die meisten der verarbeiteten Ovarien keine wirksamen Bestandteile enthalten. Dagegen hat er mit Erfolg Didymin (Hodenpräparat) gebraucht, als Emmenagogene, zur Zurückbringung der Menses in der ersten Zeit des Klimakteriums und zur Verminderung des klimakterischen Fettansatzes. Eine Erklärung dieser Wirkung des Didymins weiß W. nicht; man denkt an die von Schleich aufgestellte Vermutung, daß Resorption von Sperma durch die Scheidenschleimhaut förderlich auf das weibliche Wohlbefinden wirkt.

Als Stütze seiner Theorie von der Synargie der Ovarien und der Schilddrüse bringt W. noch folgende mit Schilddrüsenpräparaten bei Störungen im Gebiet der weiblichen Genitalien beobachteten Resultate bei: er hat Rückkehr der Menses nach doppelseitiger Ovariotomie, Eintritt von Schwangerschaft nach elfjähriger unfruchtbarer Ehe beobachtet. Andererseits soll allerdings übermäßiger Gebrauch von Thyreoidin Abort, Amenorrhoë und beim Manne Impotenz herbeiführen — möglicherweise weil die Geschlechtsdrüsen wegen übermäßiger Tätigkeit ihres Mitarbeiters die Tätigkeit einstellen.

Das praktische Resultat dieser teilweise auch nicht richtig deutbaren Beobachtungen ist dies, daß Schilddrüsenerkrankungen häufig nicht primäre Leiden, sondern Folge einer anderen Störung sind, die es aufzufinden gilt; man muß sich nur von der breit und offenkundig am Halse thronenden Schilddrüse nicht von der richtigen Spur ablenken lassen.

Fr. von den Velden.

Bakteriologie und Serologie.

Zeuner, Die Wirkung von Oelseife auf Tuberkelbazillen. Immunochemotherapie. (Allg. Centralzeitung 1912, Nr. 33.)

Verfasser hat seit über 4 Jahren mit Erfolg bei Tuberkulose Präparate angewandt, die durch Bearbeitung von Perlsuchtbazillen mit ölsaurem Natron entstehen: das Molliment oder Präparat 8 der Deutschen Schutz- und Heilserumgesellschaft Berlin. Der Heilplan bei Schwindsüchtigen muß — analog der französischen Auffassung (Robin) — darauf gerichtet sein, dem an dissozierten Alkalien armen aber an parasitären Toxinen und sauren Bazillen reichen Organismus Ölseifen und alkalische Extraktivstoffe in Form



des Molliments zuzuführen, um den Chemismus der Lungenkranken umzustimmen, ihre Produktion von Alkali in den Lymphdrüsen zu unterstützen und sie wieder an Bildung von reichlicheren Schutzstoffen zu gewöhnen. Dosis: keratinierte Pillen 3 mal täglich 1, steigend bis 3 wochenlang oder per rectum. Wesentlicher Erfolg namentlich bei Tuberkulose, Arthritiden und Fungus. v. Schnizer-Höxter.

Innere Medizin.

Friedewald (Baltimore), **Klinische Studie über 1000 Fälle von Magen- und Duodenalgeschwür. (The americ. journ. of the medical sciences. August 1912.)**

1. Von Patienten, die über unbestimmte gastrische Störungen klagen, leiden 7,8 % an Ulkus. 2. Am häufigsten zwischen dem 20. und 50. Lebensjahre. 3. Mehr als 2 mal so viel Männer als Frauen waren befallen. 4. In sehr vielen Fällen ist Anämie vorhanden. 5. In etwa der Hälfte der Fälle stellt man eine allzu große Schonung im Essen und Trinken fest. 6. In 46 % der Fälle lagen normale Säureverhältnisse vor, in 30 % Hyperazidität, die bei Männern verhältnismäßig häufig gefunden wird; und in 23 % Subazidität (bei Weibern häufiger). In frischen Fällen namentlich mit Hämorrhagie ist die Azidität sehr hoch; in den chronischen Formen niederer. 7. Die mittlere Dauer der Symptome beträgt 12 Jahre. 8. Hervorstechendstes Symptom: Schmerz in 94 %, meist verbunden mit hoher Azidität, manchmal kurz nach der Nahrungsaufnahme (Magen), bald länger nachher (Duodenum). Völlig schmerz- und symptomlose Intermissionen von event. monatelanger Dauer. 9. Empfindliche epigastrische Zone: 90 %; Dorsalzone 32 %. 10. Erbrechen in 67 % aller Fälle. 11. Hämatemese in 22 %, Meläna in 51 %, okkultes Blut in 81 %. 12. 52 % aller Fälle waren duodenal, 40 % gastrisch. 13. Von den Duodenalgeschwüren zeigten 48 % normale Azidität, 35 % Hyperazidität, 16 % Subazidität; erstere häufiger bei Männern, letztere häufiger bei Frauen. 14. Schmerz in 96,5 % der Duodenalgeschwüre, meist mit Hyperazidität verbunden. 15. Häufig dabei ausgesprochene schmerz- und symptomlose Intervalle von 1—12 Monate langer Dauer. 16. Epigastrische Empfindlichkeit dabei in 89 %, empfindliche Zone rechts oder links von der Medianlinie in 7 %. 17. Erbrechen in 21 % duodenaler Geschwüre, sehr häufig begleitet von hoher Azidität. 18. Meläna kommt in 54 % dabei vor, okkultes Blut im Stuhl in 83 %. Die Diagnose der atypischen Fälle ist oft recht schwer, da die wesentlichsten Symptome fehlen können, oder verdeckt sind. Stets Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl; dabei zu bedenken, daß dies namentlich beim in Heilung begriffenen Ulkus leicht verschwinden kann. Die Differentialdiagnose zwischen Duodenal- und Magengeschwür ist oft recht schwer (Zeit des Auftretens der Schmerzen?). Hämorrhagie ist diagnostisch nur zu verwerten, wenn sie dauernd in den Fäzes gefunden wird, ohne in der Magensekretion zu sein. Peptische Geschwüre werden oft irrtümlich für gastrische Neurosen mit Hyperazidität genommen. Manchmal ist auch die Differential-Diagnose zwischen Duodenalgeschwür und Gallenblasenstörungen fast unmöglich.

Unter innerer Behandlung heilt ein großer Teil, wenn sie lange genug fortgeführt wird; eine Ruhekur von nur wenigen Wochen ist oft ungenügend; ebenso gibt ambulatorische Behandlung keine Resultate. Chirurgische Behandlung: wenn innere lange fortgesetzt, nicht zu Erfolg führt, bei Rückfällen, ernsten, dauernden Symptomen (Schmerzen, Erbrechen, Hämorrhagie), bei gleichzeitiger Pylorusstenose. v. Schnizer-Höxter.

Gockel, Matthias, (Aachen), **Sind bei der chronischen Stauungsinsuffizienz des Magens die gebräuchlichen häufigen Spülungen und Ausheberungen entbehrlich?** (Medizinische Klinik 1912, Nr. 30.)

Nach den mehrjährigen Erfahrungen des Verfassers können je nach Größe der motorischen Störungen Spülungen in der Regel entbehrt und Expressionen teils unterlassen, teils auf ein Mindestmaß eingeschränkt werden, wenn neben den diätetischen und etwaigen symptomatischen Verord-



nungen eine energische antazid-antifermentative Behandlung durchgeführt wird. In dieser Hinsicht hat sich das Magnesiumperhydrol-Merk sehr gut bewährt. Es gibt bei Berührung mit dem säurehaltigen Mageninhalt Sauerstoff in statu nascendi ab, der fäulniswidrig, desodorierend und antifermentativ wirkt. Die chemische Umsetzung hat gleichzeitig eine starke Herabsetzung der meist hohen Azidität des Speisebreies zur Folge; außerdem tritt eine intensive Adsorption und Absorption von Gasen ein, die sich im stagnierenden Mageninhalt entwickeln. Hierauf, sowie auf die Anregung der Peristaltik und die Beeinflussung von Autointoxikationen führt G. die vorteilhafte Veränderung im Krankheitsbilde der von ihm mit Magnesiumperhydrol behandelten Patienten zurück. Bereits nach einigen Tagen war die sicht- und fühlbare Magensteifung teils gar nicht, teils nur in geringem Maße nachweisbar. Die Diurese wurde reichlicher. Das Gefühl von Durst und Völle, das sich bei einigen Patienten zeitweise bis zur Schmerzhaftigkeit steigerte, ließ bald an Stärke nach, oder verschwand. Das üble Aufstoßen wurde nahezu oder vollständig geschmacklos. Das häufige und vielfach kopiöse Erbrechen hörte entweder ganz auf oder stellte sich nur vereinzelt ein. Das quälende Durstgefühl ließ nach, der Appetit besserte sich, und statt der stets vorhandenen starken Verstopfung erfolgten fast täglich ein bis mehrere schmerzlose Stühle. Bei keinem einzigen Patienten wurden Magenspülungen gemacht.

Böhm, Gottfried (München). **Ueber den Einfluß des Nervus vagus auf den Dickdarm.** (Münchner med. Wochenschr. 59. Jahrg., Nr. 27.)

Jedem wird es wohl eine Erlösung dünken, wenn endlich einmal etwas Klarheit in die Innervation des Dickdarms gebracht wird. Seit Langley weiß man, daß von drei Seiten die Darmtätigkeit im ganzen geregelt wird. Es verlaufen die hemmenden Fasern im Splanchnikus. Fördernde Impulse gehen aus von dem autonomen Nervensystem, teils aus dem kranialen Anteil des Nervus Vagus, teils aus dem sakralen des Nervus pelvicus oder erigens.

Böhm zeigte nun im Tierexperiment, welchen Einfluß beim Kaninchen und der Katze eine Vagusreizung im Halsteil und im Abschnitt dicht unterhalb des Zwerchfelles mit dem faradischen Strom auf die Dickdarmfunktion ausüben. Er konnte feststellen, daß eine Verstärkung der Antiperistaltik zum Zweck der Zurückhaltung und Durchweichung des Kotes auftritt in den Anfangsteilen und der Mitte des Kolon (im sogen. Aszendenztypus). Des weiteren gelang es Böhm, eine Patientin mit tabischen Darmkrisen, die nicht mit Durchfall, sondern spastischer Obstipation einhergehen, im Anfall am Röntgenschirm zu beobachten. Er sah das typische Bild der Obstipation auf spastischer Grundlage. Die Erscheinungen gingen zurück auf Gaben von 1—2 mg Atropin. Da man weiß, daß Atropin auf die Endplatten des autonomen Nervensystems lähmend wirkt, konnte man allein schon daraus den Schluß auf vermehrten Tonus im autonomen System schließen. Im übrigen sei darauf hingewiesen, daß alle die tabischen Krisen (Larynx-, Herz-, gastrische, Kolon-) auf Reizzustände des Nervus vagus (des kranial autonomen Systems) zurückzuführen sind, was auch histologisch erhärtet worden ist. Man fand nämlich Degnerationserscheinungen im peripheren Vagus, im hintern Vaguskern, im Laryngeus superior. Diese Tatsache hoben Eppinger und Heß hervor.

Ob die Rektal-, Anal-, Blasen-, Genital-Krisen allein auf Reizzustände im sakral autonomen System hindeuten oder auch auf Reizzustände im sensiblen Reflexbogen, ist noch nicht entschieden. Wahrscheinlich ist beides.

Zum Schluß erwähnt Böhm noch, daß es ziemlich unwahrscheinlich sei, ob das sakral autonome System allein dem Dickdarm fördernde Impulse zuführe. Der Grund liege dafür in den anatomischen Verhältnissen und in der Phylogenie. Hier beherrscht der Nervus pelvicus ausschließlich fast die Defäkation. **Giesel-Braunschweig.**



Goldammer (Lindow i. Mark), **Ueber Beziehungen des Diabetes mellitus zum psychischen Shock.** (Inaug.-Dissert. Leipzig 1912.)

Zusammenfassung:

1. Ein psychischer Shok kann bei einem bis dahin gesunden Menschen Diabetes hervorrufen.
2. Es handelt sich bei derartigen Individuen mit großer Wahrscheinlichkeit um spezielle Veranlagung; jedoch kann diese Erwägung für die Praxis nicht in Betracht kommen.
3. Falls nach einem psychischen Trauma Zucker auftritt und weder die Anamnese noch frühere Untersuchungen für das Vorhandensein eines Diabetes sprechen, ist der Insult als Ursache der Krankheit anzusehen.
4. Der auf solche Weise entstandene Diabetes unterscheidet sich in seinem weiteren Verlauf in nichts von dem gewöhnlichen Diabetes; die Therapie hat sich nach den die Zuckerkrankheit im allgemeinen betreffenden Vorschriften zu richten.

K. Boas-Straßburg i. E.

Schmiedeberg, O. (Straßburg i. E.), **Historische und experimentelle Untersuchungen über die Zichorie und den Zichorienkaffee in diätetischer und gesundheitlicher Beziehung.** (Arch. f. Hygiene, 1912, Bd. 76, H. 4—5.)

Verfasser faßt seine Ansicht über die Zichorie und den Zichorienkaffee dahin zusammen:

Der Zichorienkaffee eignet sich zum täglichen Gebrauch, weil er in der üblichen Weise genossen, unschädlich ist und in vielen Fällen seine appetitanregende Wirkung, die Verdauung befördernde und gärungs- und fäulniswidrige Wirkung von großem Nutzen sein kann.

K. Boas-Straßburg i. E.

Chirurgie und Orthopädie.

Rieder (Bonn), **Gelenktuberkulose und Betriebsunfall. Ursächlicher Zusammenhang nicht anerkannt. Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft innerhalb der Kassenzeit.** (Med. Klinik 1910, Nr. 43—45.)

Der Tatbestand des Falles, der schließlich zu einer sehr ausführlichen Begutachtung Veranlassung gab, ist, wie er sich schließlich darstellte, folgender. Ein Arbeiter erlitt am 26. März 1908 einen Schlag gegen die linke Schulter mit einer Eisenstange, arbeitete zunächst 4—5 Tage weiter und suchte dann einen Arzt auf. In der zweiten Hälfte des April wurde dem Erkrankten von seinem Arzte ein Abszeß auf dem oberen Teile des Brustbeines eröffnet, aus dem tuberkulöser Eiter entleert wurde; dem Kranken wurde geraten, weil der Sitz der Tuberkulose im Sterno-Klavikulargelenke angenommen wurde, sich zur radikalen Behandlung in eine chirurgische Klinik zu begeben. Dies geschah etwas später und am 22. Mai wurde die Radikaloperation vorgenommen, bei der sich eine ausgedehnte tuberkulöse Zerstörung des erwähnten Gelenkes fand, die sich auf die erste Rippe erstreckte. Von dem Unfalle wurde von dem Kranken nichts angegeben, das geschah erst später; er erzählte vielmehr, daß er im Winter vorher an Husten und Auswurf gelitten und schlechten Appetit gehabt; seit März beständen Schmerzen über dem linken Brustbein-Schlüsselbeingelenke, und nach einiger Zeit habe sich an der fraglichen Stelle von selbst eine Geschwulst gebildet. — Für die Begutachtung ergaben sich die wesentlichsten Schwierigkeiten daraus, daß der erste Befund, den nach der Verletzung der erst behandelnde Arzt erhoben oder gesehen hatte, sich sehr schwer noch feststellen ließ, und ferner aus dem Umstande, daß zunächst auch die Möglichkeit, daß durch die Verletzung eine auffällige Verschlimmerung des Leidens herbeigeführt worden sei, durch eine sehr umständliche, nur durch nachträgliche Rückfragen ermöglichte Beweisführung ausgeschlossen werden konnte. — Hierbei ereignete es sich nun, daß der behandelnde Arzt, der den Kranken nach der Inzision nach Hause geschickt, ihn dort innerhalb von 10—14 Tagen zweimal besucht hatte, später von einer wesentlichen mit hohem Fieber einhergehenden Verschlimmerung des Leidens gesprochen hatte. Diese hatte er auf Grund mündlicher Berichte annehmen zu müssen geglaubt, und



die seltenen Besuche aber damit begründet, daß er als Kassenarzt gehalten wäre, solche bei so entfernt wohnenden Kranken auf das mindeste zu beschränken. — Die Bedeutung des Falles, in dem übrigens trotz einiger entgegenstehenden Meinungen jeglicher Zusammenhang der tuberkulösen Erkrankung mit dem Unfallereignis in allen Instanzen abgelehnt wurde, vor allem aus dem Grunde, weil der zwischen angeblichem und nicht einmal sicher bewiesenen Unfallereignis und der ersten Inzision verstrichene Zeitraum ein zu kurzer war, als daß innerhalb desselben eine so ausgedehnte Knochentuberkulose hätte entstehen können, liegt vor allem darin, daß auf Grund dokumentarischen Materials die Beobachtung des Unfallkranken gerade in der für die erste Zeit nach dem Unfalle so wichtigen Periode für ungenügend erklärt, und darauf hingewiesen wird, daß durch solche Verhältnisse unter Umständen den Berufsgenossenschaften große Kosten an Rentenzahlungen entstehen können, während durch eine frühzeitig eingeleitete sachgemäße Behandlung in einem Krankenhause sich dies teils durch ein erzieltes besseres Heilresultat oder genügende Aufklärung der Sachlage würde vermeiden lassen. — Allen denen, die daran festhalten, daß auch in solchen Fällen die Behandlung der Unfallkranken in den Händen des praktischen Arztes und des Landarztes bleiben soll, sei die Lektüre des Aufsatzes besonders empfohlen. — Im übrigen beweist der Fall schlagend die Notwendigkeit, daß von jedem „Betriebsunfall“ nicht nur Anzeige erstattet, sondern daß vor allem ein möglichst frühzeitiger ärztlicher genauer Befundbericht eingefordert werden soll. R. Stüve-Osnabrück.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Birnbaum, Richard, Die Basedowsche Krankheit und das Geschlechtsleben des Weibes. (Prakt. Ergebn. der Gebh. u. Gyn., 4. Bd., 1. Heft, 1911.)

B. hat die verschiedenen in der Literatur niedergelegten Ansichten über die Bedeutung des Morb. Basedow, besonders für die Schwangerschaft und Geburt und umgekehrt zusammengestellt. Die Urteile gehen weit auseinander. Die Franzosen sprechen der Schwangerschaft direkt einen günstigen Einfluß auf den Morb. Basedow zu, die deutschen Geburtshelfer neigen zur gegenteiligen Ansicht. Beides ist wahrscheinlich übertrieben. Hätten die deutschen Autoren recht, indem sie ihre vereinzelten ungünstigen Erfahrungen verallgemeinern, so müßten in der Literatur Todesfälle von Schwangeren und Gebärenden beim Basedow nicht gerade selten sein. Das Gegenteil ist der Fall. B. konnte nur drei solcher Todesfälle auffinden. Das überwiegende Gros der Fälle kommt gut durch Schwangerschaft und Geburt durch, weil der Basedow ein leichter oder mittelschwerer ist. Schwere Basedowfälle werden selten gravid, einmal tritt in der Regel eine Atrophie der Genitalien ein, dann werden derart entstellte Mädchen selten die männlichen Begierden erwecken. Mithin kann von einem Verbot des Ehekonsenses oder der Schwängerung in Wirklichkeit kaum die Rede sein. In den Fällen, wo eine schwer Kranke wirklich gravid wird oder ein Morb. Basedow sich in der Schwangerschaft wesentlich verschlechtert, werde man besser tun, zur Operation der Struma, als zur Unterbrechung der Schwangerschaft zu schreiten. Der künstliche Abort könne überhaupt nicht in Frage kommen, weil man zu Beginn der Schwangerschaft sich kein Urteil darüber bilden kann, ob und wie der Morb. Basedow durch die Schwangerschaft beeinflußt werden wird. Nur dann werde man ein Schwangerschaftsverbot aussprechen, wenn eine früher durchgemachte Gravidität eine offenbare, bleibende Verschlimmerung des Basedow bewirkt hat. R. Klien-Leipzig.

Thorn, W. (Halle), **Die vaginale Totalexstirpation bei Metritis chronika hämorrhagika.** (Der Frauenarzt 1912, H. 7.)

Gegenüber der Behauptung von B. Krönig und C. J. Gauß (M. m. W. 1912, S. 76 ff.), daß bei Myomen und bei hämorrhagischer „Metropathie“ statt der Operation jetzt ausschließlich die Röntgenbehandlung am Platze



sei, macht Thorn Bedenken geltend, die sich zunächst auf die relativ kurze Erprobung der Röntgentherapie (ca. 5 Jahre) beziehen. Sodann tut er an der Hand von 120, von ihm mit vaginaler Totalexstirpation behandelten Fällen von hämorrhagisher Metritis (d. h. hämorrh. Metritis ohne grob-anatomisch sichtbare Komplikationen) dar, daß nach dem bis jetzt vorliegenden Material die Röntgentherapie nicht die, sondern höchstens eine Behandlungsmethode dieser Krankheit werden wird. Er bezweifelt stark, daß man lückenlose Serien von 100 und mehr Fällen ausschließlich durch sie heilen werde, wie man das mit der vaginalen Totalexstirpation heute schon getan hat. Betr. pathologisch-anatomischen und technischen Details sei auf das Original verwiesen. Insbesondere erscheint der Umstand von Bedeutung, daß die Affektion vorzugsweise bei schwer arbeitenden Multiparen sich findet, wo die Totalexstirpation eine sichere, radikale, rasche und dauernde Heilung mit Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit garantiert. Da die Uterusfunktion durch die Röntgenbehandlung ebenso aufgehoben wird, so haben die durch Exstirpation „Uteriprivierten“ zudem noch den Vorteil, daß sie nicht mehr an einer malignen Uteruskrankheit zu grunde gehen können. Esch.

Heynemann, Th., Die Behandlung der Placenta praevia. (Aus der Univ.-Frauenklin. in Halle.) (Prakt. Ergebn. d. Gebh. u. Gyn. 1912, 4. Bd. 2. Heft.)

H. formuliert die Behandlung der Placenta praevia folgendermaßen: Für die Klinik: Soweit als möglich einfache Blasensprengung. Führt diese nicht zum Ziele, oder ist sie unausführbar, dann Hysterotomia anterior. Nur bei völlig erweitertem Muttermund Wendung und Extraktion. Für die Praxis außerhalb der Klinik: Entweder Überführung in die Klinik nach Tamponade der Scheide(!) nach vorhergeschickter Blasensprengung, oder falls der Fall außerhalb der Klinik erledigt werden soll — was der Erfahrung und dem Geschick des Arztes überlassen bleibt — ebenfalls zunächst einfache Blasensprengung. Weiterhin bei lebendem und lebensfähigem Kind die Metreuryse, bei totem oder lebensunfähigem Kind die kombinierte Wendung nach Braxton Hicks. — Demnach hat die Veitsche Klinik das von ihr noch vor nicht langer Zeit empfohlene und geübte Accouchement forcé mit nachfolgender Zervixnaht bei Placenta praevia aufgegeben. (Ref.) R. Klien-Leipzig.

Jaschke, Rud. Th., Die praktische Bedeutung verschiedener Formen chronischer Herzinsuffizienz für die Gynäkologie. (Aus der akad Frauenklin. in Düsseldorf.) (Prakt. Ergebn. der Gebh. u Gyn. 1912, 4. Bd., 2. Heft.)

J. weist mit Recht darauf hin, daß bisher von den Gynäkologen, wie wohl überhaupt von den Operateuren, dem Zustand oder richtiger der Funktionstätigkeit des Herzens der zu Operierenden zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden sei. Es genüge nicht, sich von der Reinheit der Herztöne zu überzeugen, das maßgebende Kriterium sei vielmehr stets die Feststellung, ob eine Funktionsstörung vorliegt oder nicht. Er verweist hierzu auf die bekannten Lehrbücher von Krehl und von Romberg. Mit der Allgemeindiagnose „Myodegeneratio cordis“ bei unvorhergesehenen Todesfällen dürfe man sich heutzutage nicht mehr begnügen. Als Ursachen der Herzmuskelinsuffizienz kommen zahlreiche Geburten, Alkoholismus, schlechte hygienische Verhältnisse, in jüngeren Jahren Überanstrengung, allgemeine Kräftekonsumption, Infektionen, Konstitutionsanomalien, chronische Myokarditiden, später Koronarsklerose in Frage, ferner Mißverhältnis zwischen Körpermasse und Herzkraft, so bei Fettleibigkeit. Bezüglich der Diagnose ist es besonders im Initialstadium — gerade dieses begegnet dem Operateur in der Regel — oft schwierig zu entscheiden, ob die Beschwerden — Palpitationen, Herzschmerz, Depression, Druck und Völle im Epigastrium und in der Lebergegend, Magen-Darmstörungen, Kopfschmerz, Neigung zu Schwindel und Ohnmachtsanwandlungen, anginoide Zustände — rein nervös sind oder nicht. Dies läßt sich nur durch die objektive Untersuchung entscheiden, wobei die Perkussion (bezw. Ortho-



diagraphie und Orthoperkussion) oft wichtiger ist, als die Auskultation. Denn oftmals sei die Dilatation des Herzens nach links und oben schon im Initialstadium nachweisbar, während die Herztöne noch ganz unverändert sein können. Sodann sei sehr wichtig die Prüfung der Funktionsbreite des Herzens nach der Methode von Katzenstein oder der von M. Herz. — J. bespricht dann im einzelnen die verschiedenen Arten der Herzmuskelinsuffizienz und zwar bei Arteriosklerose, bei chronischer Myokarditis, bei Fettleibigkeit, bei Unterernährung und Erschöpfung, mangelnder Übung, durch Überanstrengung (wobei auch des Einflusses der Beckenhochlagerung und des Momburgschen Schlauches gedacht wird), durch Lageveränderung und Raumbeengung, bei Gefäßhypoplasie und endlich bei Myom. Ein Myomherz sui generis vermag J. im allgemeinen nicht anzuerkennen. — Die Lektüre der Arbeit kann jedem Operateur empfohlen werden, sie ist quasi der Auftakt zu dem Hauptverhandlungsthema des nächsten Gynäkologenkongresses. R Klien-Leipzig.

Basch, Karl, Ueber Ammenwahl und Ammenwechsel. Vom Standpunkt einer Physiologie und Pathologie des Milchapparates. (Prakt. Ergebn. der Gebh. u. Gyn. 1912, 4. Bd., 2. H.)

B., der schon wiederholt wertvolle Beiträge zur Frage des Stillgeschäftes geliefert hat, bespricht zunächst die Mechanik des Saugens und ihre Beziehung zum Milchapparat. Erwähnt sei, daß die Kürze des Zungenbändchens kein Hindernis für das Saugen bedeutet, weil beim Saugen die Zungenspitze überhaupt nicht vom Mundboden entfernt wird; B. demonstriert das an der Hand von Abbildungen, die mit Hilfe des sog. Saugspiegels gewonnen sind. Demnach ist ein „Lösen des Zungenbändchens" bei sog. angewachsener Zunge für das Saugen überflüssig, wie es sich im Interesse späterer Sprachstörungen verhält, sagt B. nicht. Störungen des Saugens können bedingt sein durch die bekannten ins Auge fallenden anatomischen Unregelmäßigkeiten des kindlichen Saugapparates, aber auch durch funktionelle (Fazialislähmung, zu schwache Saugkraft bei allgemeiner Körperschwäche). Andererseits kann die Störung durch anatomische Anomalien des Milchapparates bedingt sein, am häufigsten durch Difformitäten der Brustwarze, endlich durch funktionelle Störungen der Milchdrüse, z. B. Versiegen der Milchsekretion im Anschluß an entzündliche Veränderungen am Milchapparat, durch zu schwaches Saugen des Kindes usw. Alles das wird ausführlich besprochen. B. vertritt dann die Ansicht, gestützt auf seine langjährigen Beobachtungen und Tierexperimente, daß die Tätigkeit der Brustdrüse abhängig ist einmal vom Ovarium bezw. dem Corpus luteum graviditatis — dieses bewirke die Hyperplasie der Drüse in der Schwangerschaft — und von gewissen Stoffen der Plazenta — dieses Plazentasekretin bewirke die Milchabsonderung. B. hat dieses Plazentasekretin auch bereits bei ungenügender Funktion der Milchdrüse mit nicht unbefriedigenden Erfolgen therapeutisch verwendet. In den drei letzten Kapiteln seiner Arbeit setzt B. die Grundsätze auseinander, die bei der Beurteilung und Wahl einer Amme maßgebend sein müssen. Wenn auch nicht gerade viel Neues hierfür gesagt wird, so ist doch die Lektüre dieser Kapitel eine gute Repetition. Betreffs der Anstellung der Wassermannschen Reaktion vertritt B. den Standpunkt, daß diese nur in verdächtigen Fällen angestellt werden soll, wenn Lues sonst nicht mit Sicherheit auszuschließen ist (Untersuchung des eigenen Kindes der Amme!). Ein Ammenwechsel sei nur dann indiziert, wenn tatsächlich Milchmangel sich einstellt. Qualitative Verschlechterung der Milch bei hinreichender Quantität komme eigentlich nicht vor. Wenn Kinder nach Ammenwechsel, der nicht wegen Milchmangel vorgenommen wurde, einmal besser gedeihen, so sei noch lange nicht gesagt, daß die Milch der ersten Amme Schuld an dem bisherigen schlechteren Gedeihen gewesen ist. Natürlich ist ein Ammenwechsel auch dann vorzunehmen, wenn die betr. Amme an einer akuten oder chronischen Krankheit erkrankt, die an und für sich das Stillen verbietet. R. Klien-Leipzig.

Hirsch, M. (Berlin), **Die wiederholte Tubenschwangerschaft.** (Der Frauenarzt 1912, Nr. 8.)

Nach einleitender Literaturbesprechung berichtet Hirsch über einen von ihm operierten Fall von wiederholter Schwangerschaft derselben Tube. Unter Bezugnahme auf weitere einschlägige Erfahrungen gelangt er zu dem Schluß, daß bei der Seltenheit der wiederholten Tubenschwangerschaft (höchstens 5 % der Fälle) die prophylaktische Entfernung der gesunden Tube nicht gerechtfertigt sei, die der kranken nur dann, wenn sie schwere Veränderungen aufweise. Peritubare Adhäsionen sollen physikalisch behandelt werden.

Bei Entscheidung der Frage, ob die Tube der anderen Seite mit entfernt werden soll, ist den sozialen Momenten, ferner fortpflanzungs- und rassenhygienischen Überlegungen ein breiter Spielraum zu geben.

Esch.

Psychiatrie und Neurologie.

Herbert, F., Ueber die physikalischen Eigenschaften der Schädeldachknochen bei Hirnkrankheiten. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1912.)

Zusammenfassung:

1. Die Untersuchung des Schädeldaches mit Hilfe der Wage bei der Sektion nach der von Reichardt angegebenen Methode ist ein sehr einfaches, leicht auszuführendes und wenig zeitraubendes Hilfsmittel, um sich über die physikalischen Eigenschaften des Schädeldachknochens zu informieren.

2. Die Schwankungen im Volumen (d. h. der Dicke) des Schädeldaches sind im allgemeinen weniger erheblich als man das früher annahm. Ein innerer Zusammenhang zwischen der Hirngröße (Hirnschwund) und vermehrtem Volumen (im Sinne einer sekundären konzentrischen Hyperostose nach Hirnatrophie) ist auch aus dem Material des Verfassers nicht erkennbar. Wenn in manchen Fällen ein etwas größeres Volumen des Schädeldachknochens nachgewiesen war, so schien mehr die angeborene Anlage oder selbständige, im Knochen etablierte Krankheitsvorgänge die Ursache zu sein, nicht aber das Vorhandensein oder Fehlen eines Hirnschwundes.

3. Bedeutend größere Schwankungen als das Volumen weist das spezifische Gewicht des Knochens auf, ebensowohl nach der Seite der Osteosklerose wie der Osteoporose. Die Osteoporose konnte in einigen Fällen mit der Hirnkrankheit in Beziehung gebracht werden. Bei anderen Kranken mit Osteoporose (Senium) muß es dagegen zunächst dahingestellt bleiben, ob und inwieweit hier vollständige Prozesse am Knochen oder ebenfalls neurogene, bezw. zerebrospinale Veränderungen im Sinne trophischer Störungen vorliegen. Auffallend ist, daß bei einem Teil gerade der spezifisch leichten Knochen das Volumen derselben ein nicht unbeträchtliches ist, so daß möglicherweise der Vorgang der Resorption, bevor er zum Stillstand kommt, das Knochenvolumen zu vermehren imstande ist.

4. Bei Untersuchungen über die physikalischen Eigenschaften der Schädelknochen muß in weitgehendstem Maße mit dem Vorhandensein oder der Möglichkeit individueller Verschiedenheiten gerechnet werden, ebensowohl was das Volumen des Knochens als auch sein spezifisches Gewicht als auch vielleicht das spezifische Gewicht die einzelnen Knochenbestandteile (Kompakta) betrifft. Die tieferen Ursachen solcher individueller Differenzen sind zur Zeit noch vollkommen dunkel, wie dies ja auch bezüglich der Anomalien der Nahtverbindung und der Nahtverknöcherung am Schädel gilt. Doch kann die Möglichkeit, daß solche individuellen Verschiedenheiten irgendwie auch mit dem Gehirn und seinen Funktionen in Beziehung stehen könnten, nicht ganz von der Hand gewiesen werden.

5. Endlich werden Paralleluntersuchunggen der Schädeldachknochen am Lebenden (Röntgenstrahlen) und an der Leiche wünschenswert sein. Vielleicht läßt sich ebensowohl die Dicke wie auch (bis zu einem gewissen Grade) die Spongiosität oder Sklerosierung des Knochens schon im Leben

diagnostizieren. An der Leiche können dann die im Leben gewonnenen Untersuchungsresultate mit Hilfe der Wage leicht kontrolliert werden. Eine möglichst exakte Untersuchung und Konstatierung der physikalischen Eigenschaften der Schädeldachknochen im Leben hätte nicht nur praktisch-klinisches Interesse indem z. B. manche hartnäckige Formen von Kopfschmerzen auf Knochenveränderungen bezogen werden müßten und diese dann als Krankheitsursachen schon im Leben nachweisbar wären, sondern eine möglichst exakte Dickenbestimmung des Knochens am Lebenden wäre außerordentlich wünschenswert auch für theoretisch-wissenschaftliche Untersuchungen im Sinne der Kephalometrie und Kephalographie am Lebenden. Je genauer man am Lebenden die Schädeldachknochendicke diagnostizieren kann, um so genauer kann man auch schon intra vitam den Schädelinnenraum, bezw. die Hirngröße beistimmen. K. Boas-Straßburg i. E.

Ley, A. et P. Menzerath. L'étude expérimentale de l'association des idées dans maladies mentales (Das experimentelle Studium der Ideenassoziation bei den Geisteskrankheiten). (VI. Congrès belge de neurologie et de psychiatrie. Bruges 1911. Rapport de psychologie. Gand 1912. A. Van der Haeghen. 200 S.)

Im ersten Teil der Arbeit behandeln die Verfasser das Geschichtliche und Bibliographische, um sodann die Technik und Methode der Assoziationsexperimentes zu erörtern. Im zweiten Teil wird an Hand zahlreicher Experimente die klinische Verwertbarkeit der Assoziationsversuche bei Psychosen und Neurosen beleuchtet und zwar bei Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein, Intoxikationspsychosen, Neurasthenie und Psychasthenie, Hysterie, traumatischer Neurose, Paranoia, progressiver Paralyse und Schlafkrankheit. Im ganzen werden 36 Protokolle mitgeteilt.

Die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen sich in folgende Schlußsätze zusammenfassen:

1. In ihrer Gesamtheit sind die assoziativen Reaktionen der Normalen von denen der Psychopathen verschieden.

2. In ihrer Gesamtheit ist, wenn man die wichtigen Tatsachen der klinischen Beobachtung dazu nimmt, die Reaktion, die man bei den verschiedenen Formen von Psychopathie findet, für jede dieser Formen typisch.

3. Die experimentelle Assoziationsmethode ist besonders wertvoll für die Differentialdiagnose der Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins und der neurasthenischen Zustände mit dem Beginn der Dementia praecox.

4. Diese Methode stellt eines der wertvollsten klinischen Hilfsmittel dar, die wir benutzen, um den Affektzustand zu untersuchen und das Vorhandensein und die Natur der Komplexe zu erforschen.

5. Die Verlängerung der Assoziationszeiten kann andere Ursachen als diejenigen des Vorhandenseines eines Komplexes haben.

Diese Verlängerung kann u. a. an der Seltenheit des gebrauchten Induktionswortes, an seiner abstrakten (Adverbien, Zahlen) oder rein emotiven Natur liegen oder schließlich an dem speziellen Geisteszustand des Patienten, der sich besonders bei manchen Psychasthenischen findet unter der Form einer übertriebenen Neigung, intelligente Antworten zu geben.

Der Irrtum in der Auffassung des Induktionswortes, der als ein Zeichen eines Komplexes betrachtet worden ist, kann einfach in dem Sinne eines gewöhnlicheren oder geläufigeren Wortes entstehen.

6. Die assoziative Hemmung, die im allgemeinen ein Zeichen eines affektbetonten Komplexes ist, kann im Gegenteil in Fällen von „Konstellation" des geistigen Verhaltens, durch die Tatsachen hervorgerufen werden, daß das Individuum nicht dazu gelangt, das Induktionswort seinem Komplex zuzuführen.

7. Die Unmöglichkeit, einzelne induzierte Worte zu behalten und zu wiederholen, steht oft in Verbindung mit dem Vorhandensein eines Komplexes (Reproduktionsmethode J u n g s). Diese Amnesie tritt manchmal sogar u n m i t t e l b a r nach der Reaktion auf.

5. Unter den von den Verfassern untersuchten Individuen konnten diese.



was die Ausschaltung der Affekte betrifft, zwei Gruppen unterscheiden: 1. die Manischen und die Melancholischen, bei denen sich diese Aktivität sehr leicht zeigen läßt; 2. die Hysterischen und Hebephemen, die sich gegenüber der Untersuchung ihres affektiven Verhaltens refraktär verhalten; bei den letzteren ist es mehr die klinische Untersuchung und die Produktion von Wortzeichen, als die Natur der Reaktion selbst, die uns über die Komplexe orientieren.

9. Für die laufende klinische Untersuchung wird eine Serie von 100 gut ausgewählten Worten, die man in Sitzungen von nicht über 20 Worten gibt, ausreichend sein. Es wäre wünschenswert, wenn die Kliniker sich darin einig wären, dieselbe Serie von Induktionsworten zu benützen, um einen Vergleich der Resultate zu ermöglichen.

10. Die experimentelle Methode der Gedankenassoziationen stellt ein ausgezeichnetes klinisches Verfahren zur psychischen Analyse dar. Sie setzt uns in den Stand, Symptome und Charaktere hervortreten zu lassen, die man mit keiner anderen Methode ebenso leicht und schnell feststellen kann. Sie stellt ein wertvolles Mittel für das Studium der individuellen Psychologie dar, u. a. was die Diagnose der „geistigen Typen" betrifft.

Hervorzuheben ist noch die sorgfältige Bibliographie am Schlusse, die 164 Nummern zählt und wohl die gesamte Literatur erschöpfend berücksichtigen dürfte. K. Boas-Straßburg i. E.

Weber, L. W. (Chemnitz), **Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und gemeingefährlicher Geisteskranker.** (Ergebnisse der Neurologie und Psychiatrie 1912, I. Bd., H. 3.)

„Es handelt sich — allgemein gesprochen — um Individuen, die zwei Eigenschaften in sich vereinigen: Geisteskrankheit oder geistige Minderwertigkeit und Kriminalität oder Neigung zu kriminellen oder antisozialen Handlungen (Gemeingefährlichkeit im weiteren Sinne). Solche Individuen werden ermittelt bei der Rechtsprechung, im Strafvollzug, in Irrenanstalten und in der Fürsorgeerziehung. Die Bezeichnung: „verbrecherische Irre" und „geisteskranke Verbrecher" geben keine genügende Charakterisierung der hier in Betracht kommenden Individuen. Dagegen kann man nach ihrem Verhältnis zum Strafrecht, zu sicherheitspolizeilichen und Wohlfahrtsmaßregeln mit Aschaffenburg folgende Gruppen unter ihnen unterscheiden:

1. Solche, bei denen nach Begehung einer Straftat wegen festgestellter Geisteskrankheit entweder in der Voruntersuchung das Verfahren eingestellt wurde oder die in der Hauptverhandlung freigesprochen wurden.

2. Die Verurteilten, die nach der Tat oder im Strafvollzuge an Geistesstörung erkrankten.

3. Kranke, die nach Begehung oder versuchter Begehung einer Straftat, ohne daß es zur Einleitung eines Strafverfahrens oder überhaupt einer Anzeige kam, als notorische Geisteskranke einer Anstalt zugeführt wurden.

4. Kranke, die während ihres Aufenthaltes in der Irrenanstalt durch ihr unsoziales Verhalten oder durch bestimmte verbrecherische Neigungen auffielen.

Dazu kommen:

5. noch geistig abnorme Fürsorgezöglinge, die wegen unsozialer Neigungen in der normalen Fürsorgeerziehung störend werden und hier nicht gehalten werden können.

Nicht alle Angehörigen dieser Gruppen bereiten bei ihrer Unterbringung besondere Schwierigkeiten, sondern nur diejenigen, bei denen wirklich von einer Gemeingefährlichkeit oder vom dauernden Bestehen antisozialer Neigungen gesprochen werden kann. Die Zahl dieser Kranken ist nicht besonders groß; unter den Irrenanstaltsinsassen beträgt sie etwa $^1/_{10}$—$^1/_4$ der genannten Gruppen.

Die klinische Form der hier auftretenden Psychosen ist ohne Einfluß auf die Gefährlichkeit und die antisozialen Instinkte ihrer Träger. Dagegen gehört eine große Zahl der wirklich Gefährlichen zu den geistig Minderwertigen, unabhängig davon, ob sie neben dieser meist von Haus aus in



Form einer degenerativen Anlage bestehenden Minderwertigkeit noch vorübergehend oder dauernd an einer ausgesprochenen Geistesstörung erkranken. Als geistig minderwertig darf ein Krimineller aber nur dann bezeichnet werden, wenn neben der Kriminalität oder den antisozialen Instinkten noch deutlich eine krankhafte Grundlage nachzuweisen ist.

Einheitliche gesetzliche Bestimmungen betreffs Unterbringung und Unschädlichmachung aller geisteskranken und gefährlichen Personen existieren in keinem Staat. Nur in einigen Staaten ist durch ein Gesetz ausgesprochen, daß alle von einer Straftat wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen ohne weiteres als gefährlich anzusehen sind und daß bestimmte Instanzen deren Verwahrung zu veranlassen haben.

Dagegen entspricht es der Rechtsanschauung aller Kulturvölker und ist auch meist gesetzlich festgelegt, daß an geisteskrank gewordenen Verurteilten eine Strafe nicht weiter vollzogen werden kann. Die praktische Durchführung dieses Grundsatzes hat vielen Schwankungen unterlegen und ist auch heute noch ganz verschiedenartig geregelt, doch im ganzen überall so, daß bei länger dauernder geistiger Erkrankung die Überführung des Erkrankten in eine ärztlich geleitete Irrenanstalt erfolgt.

In Preußen und Baden wird die in der Irrenanstalt verbrachte Zeit auf den Strafvollzug nicht angerechnet.

Für die Aufnahme in öffentliche Irrenanstalten sind die Bestimmungen nicht einmal innerhalb einzelner Staaten völlig einheitlich; doch gibt in den meisten Ländern Geisteskrankheit und Gefährlichkeit zusammen die Berechtigung, einen Menschen auch gegen seinen Willen in die Anstalt zu verbringen und dort festzuhalten. In ähnlichem Sinne ist die Entlassungsfrage geregelt. Es muß aber bei der Aufnahme wie bei der Entlassung aus der öffentlichen Anstalt als Regel gelten, daß nur das gemeinsame Vorhandensein beider Bedingungen (Geisteskrankheit und Gefährlichkeit) die Zurückhaltung eines Menschen gegen seinen Willen in der Anstalt rechtfertigt, daß bei dem Wegfall einer dieser Bedingungen die Irrenanstalten nicht mehr der Ort sind die Gesellschaft vor derartigen Individuen zu schützen. Die Irrenanstalt dient der Krankenbehandlung, aber nicht dem Strafvollzug und nicht zur Unterbringung gefährlicher Individuen im allgemeinen.

Bei der Handhabung aller hier in Frage kommenden Bestimmungen kommt es auf die Feststellung des Begriffes „Geisteskrankheit" an. Wo es sich um vollentwickelte Formen von Geistesstörung handelt, reichen die vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen aus und die Unterbringung derartiger Kranker, auch wenn sie hochgradig gefährlich sind, bereitet keine Schwierigkeiten. Diese entstehen erst, wo es sich um Grenzzustände handelt, die in den jetzt geltenden Bestimmungen nicht berücksichtigt werden. Zurzeit ist die Irrenanstalt weder verpflichtet noch berechtigt, Leute gegen ihren Willen festzuhalten, die nur „geistig minderwertig" im klinischen Sinne sind.

Die Fürsorgezöglinge verbleiben auch nach einer wegen Geisteskrankheit erfolgten Überführung in die Irrenanstalt in Fürsorgeerziehung bis zu ihrem 21. Lebensjahre.

Die Entmündigung ist bestimmt zum Schutze der Rechte des Geisteskranken, aber sie kann nie zur Unschädlichmachung bestimmter Individuen und zum Schutze der Gesellschaft vor ihnen verwandt werden.

Von allen wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen, im Strafvollzug Erkrankten oder infolge einer Geistesstörung Gefährlichen bedarf, wie die Praxis zeigt, nur ein kleiner Teil einer besondern Unterbringung außerhalb der Strafvollzugs- oder Irrenanstalten. Viele nach der Verurteilung leicht Erkrankte absolvieren, ohne irgendwie auffällig zu werden, den Strafvollzug; rasch vorübergehende Geistesstörungen werden vielfach in den Lazaretten der Strafanstalten behandelt. Sträflinge, die an auffälligen, schweren oder länger dauernden Geistesstörungen erkranken, können im gewöhnlichen Strafvollzug aus theoretischen und praktischen Gründen nicht geduldet wer-



den. Für sie haben sich die Gefängnisbeobachtungsstationen nach preußischem Muster bewährt. Hier ist eine Behandlung für beschränkte Zeit möglich nach Ablauf dieser Zeit oder, wenn sie als unheilbar erkannt sind, erfolgt Überführung in eine Irrenanstalt. Einige Länder (Sachsen, Württemberg) behandeln in solchen Adnexen bis zum Strafende. England tut dasselbe in Invalidengefängnissen und einem besonderen Zentralasyl.

Die moderne Irrenanstalt wird mit dem größten Teil der ihr als gemeingefährlich oder aus dem Strafvollzug überwiesenen Kranken fertig und kann ihnen dieselbe Bewegungsfreiheit wie anderen Kranken gewähren. Für den Rest der Kranken, die wegen unsozialer, auch in der Irrenanstalt nicht verschwindender Eigenschaften sich für die freie Behandlung nicht eignen, haben sich die in der letzten Zeit vielfach errichteten festen Anstaltsadnexe (Verwahrungshäuser) bewährt. Sie stehen in ökonomischem Zusammenhang und gewöhnlich unter der Verwaltung der Hauptanstalt; die Aufnahmen und Entlassungen sind unabhängig von Polizei- oder Strafvollzugsbehörden oder Gerichtsentscheidungen lediglich nach ärztlichen Gesichtspunkten geregelt. Für den Strafvollzug sind die Verwahrungshäuser nicht bestimmt. Die den Irrenanstalten angeschlossenen Verwahrungshäuser gestatten in bezug auf Größe, Organisation und Verteilung auf verschiedene Anstalten eines Verwaltungsbezirkes vielfache Modifikationen und machen die Einrichtung besonderer Asyle in den meisten Fällen unnötig.

Die Zentralasyle für kriminelle Kranke nach englischem und amerikanischem Musten eignen sich für die deutschen Verhältnisse wegen der Verschiedenheit der Gesetzgebung nicht; auch ist die gemeinsame Unterbringung gefährlicher und harmloser Kranker lediglich nach strafrechtlichen Gesichtspunkten zu verwerfen. Auch abgesehen davon haften ihnen Nachteile an gegenüber den Strafanstalts- und Irrenanstaltsadnexen.

Lediglich geistig minderwertige, insoziale Individuen können in keiner der vorhandenen, für Geisteskranke bestimmten Anstalten untergebracht werden.

Die im deutschen Sprachgebiet geplanten Änderungen der Strafgesetzgebung sehen besondere Maßregeln für die strafrechtliche Beurteilung, Bestrafung und sichernde Verwahrung der unter dem Namen der geminderten Zurechnungsfähigkeit zusammengefaßten Grenzzustände vor. Werden diese Vorschläge Gesetz, so macht ihre praktische Durchführung die Schaffung besonderer Abteilungen für den Strafvollzug an Minderwertigen und besondere Anstalten zu ihrer sicheren Verwahrung erforderlich, da sich hierzu die für Geisteskranke bestimmte Anstalten nicht eignen. Eine ähnliche Trennung ist für den Strafvollzug und die sichernde Verwahrung von psychopathischen Jugendlichen vorgesehen und ebenso sollen verlängerte Strafen an Gewohnheitsverbrechern in besonderen Anstalten vollzogen werden. Eine weitere Sicherung trifft der deutsche Vorentwurf in der Bestimmung, daß die wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen durch richterliche Entscheidung einer Anstalt überwiesen werden.

Für Preußen ist erwünscht, daß die Frage der Anrechnung der Irrenanstaltszeit auf die Strafzeit definitiv geregelt wird.

Das Entmündigungsverfahren in seiner jetzigen Form eignet sich nicht zur Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke oder Psychopathen, vielleicht aber ein ähnliches Sicherungsverfahren.

Neben den schon in Abschnitt III beschriebenen Einrichtungen sind praktische Maßnahmen grundsätzlich abweichender Art für die Unterbringung nicht vorgeschlagen, vielleicht gewinnen in einzelnen hierfür geeigneten Ländern kolonisatorische Einrichtungen größeren Stils einmal eine praktische Bedeutung.

Bei allen gesetzlichen Bestimmungen und bei ihrer praktischen Ausführung ist darauf Bedacht zu nehmen, daß Strafvollzug und sichernde Bewahrung getrennt werden und daß bei allen Maßnahmen Geisteskranke und geistig Minderwertige, Erwachsene und Jugendliche und alle diese Gruppen



von dem unverbesserlichen Gewohnheitsverbrechertum ohne krankhafte Züge streng geschieden bleiben.

Der Überblick über die Literatur zeigt, daß die geisteskranken Verbrecher und die gefährlichen Geisteskranken kein einheitliches Krankenmaterial darstellen, sondern in ganz verschiedenartige, wenig scharf voneinander zu trennende Gruppen zerfallen, je nachdem man bei ihrer Betrachtung vom juristischen, medizinischen oder kriminalistischen Standpunkt ausgeht. Da sich diese bei der verschiedenen Betrachtungsweise ergebenden Gruppenbildungen auch nicht untereinander decken, so ist es bisher nicht gelungen, ein einheitliches, auf alle Länder und Verhältnisse passendes Schema für die strafrechtliche Beurteilung dieser Menschen und ihre Behandlung während und nach dem Strafvollzug zu finden; auch weitgehende gesetzliche Änderungen werden nicht zu diesem Ziele führen. Die bisherigen Vorschläge und ihre Umsetzungen in die Praxis aber zeigen folgendes:

Nur ein kleiner Teil der sogenannten verbrecherischen Geisteskranken und der in der Strafhaft geistig erkrankten Rechtsbrecher verdienen wirklich den Namen „gefährliche Geisteskranke", d. h. sie bilden für längere Zeit oder dauernd eine Gefahr oder Störung für die Umgebung und bedürfen anderer Maßnahmen als der durch ihren Geisteszustand allein bedingten. Unter ihnen kann man unterscheiden:

a) Eine kleine Gruppe, bei der eine wirkliche Geistesstörung und Gefährlichkeit gleichzeitig miteinander auftreten und für kürzere oder längere Zeit miteinander bestehen. Für die Unterbringung und Verwahrung dieser Individuen haben sich besondere Abteilungen bei den Strafvollzugsanstalten und besonders gesicherte Adnexe der Irrenanstalten als geeignet und ausreichend erwiesen; in Größe und Organisation können diese Einrichtungen verschiedenartig gestaltet sein.

b) Eine größere Gruppe, bei der eine eigentliche Geistesstörung gar nicht oder höchstens episodisch auftritt. Dauernd aber bestehen bei den Angehörigen dieser Gruppe meist auf dem Boden angeborener Anlage verschiedene psychopathische Zustände, die man als geistige Minderwertigkeit zusammenfassen kann, und gleichzeitig, als ein weiterer Ausdruck dieser geistigen Minderwertigkeit, insoziale Neigungen oder Gemeingefährlichkeit. Hier ist die episodisch auftretende Geistesstörung also nicht die Ursache der Gefährlichkeit.

Die Unterbringung und Unschädlichmachung dieser besonders gefährlichen Gruppe bereitet bis jetzt größere Schwierigkeiten, weil die vorhandenen Bestimmungen und Einrichtungen meist nur für vollentwickelte Geistesstörungen gedacht und geeignet sind. Hier ist eine Erweiterung der Gesetzgebung notwendig, wie sie in den Strafgesetzentwürfen der meisten Länder vorgesehen sind, zu ihrer Ausführung müssen aber auch entsprechende neuartige Einrichtungen, besonders sogenannter Zwischenanstalten verschiedener Art beschafft werden.

Die bisherige Praxis hat gezeigt, daß alle zur Krankenbehandlung, Erziehung und Verwahrung dienenden Anstalten sich nicht für den Strafvollzug auf länge Dauer eignen, das wird man auch bei den neuen Bestimmungen und Einrichtungen berücksichtigen müssen.

Je mehr bei den Organen der Rechtsprechung und des Strafvollzugs und bei ihren Gehilfen, den gerichtlichen Sachverständigen und Strafanstaltsärzten, die Kenntnis von den psychopathischen Zuständen vertieft wird, desto mehr ist mit Hilfe der vorhandenen und der neu zu schaffenden Einrichtungen eine Sicherung der Gesellschaft gegen die Gefährlichkeit geisteskranker oder geistig minderwertiger Individuen möglich. Prophylaktisch wird hier auch der Ausbau der Jugendfürsorge und des allgemeinen rechtlichen und sozialen Schuzes der geisttig Gebrechlichen wirken.

Die Gefährlichkeit der geisteskranken oder geistig minderwertigen Individuen kann also durch die hier besprochenen Maßregeln ausreichend bekämpft werden.

Völlig getrennt von ihnen besteht aber die Gruppe, die man kriminal-

anthropologisch als gewohnheitsmäßiges oder geborenes Verbrechertum oder als „moral insanity" bezeichnet, Individuen, bei denen sich krankhafte Eigenschaften im Sinne unserer heutigen klinischen Anschauungen nicht nachweisen lassen, denn die antisozialen Instinkte, der Mangel an Altruismus allein, dürfen als solche nicht gelten. Für die Sicherung der Gesellschaft gegen die Gemeingefährlichkeit dieser Gruppe sind die hier besprochenen Maßnahmen nicht geeignet. Man wird bei der theoretischen Betrachtung, wie bei der strafrechtlichen Beurteilung und Behandlung wohl noch auf lange hinaus diese Schädlinge der menschlichen Gesellschaft völlig von denen trennen müssen, bei denen krankhafte Züge in stärkerem oder geringerem Grade nachzuweisen sind." K. Boas-Straßburg i. E.

Browning, W., u. Lintz, W., The use of spinal fluid (autotherapy) in the treatment of chronic neurosyphilis. (Die Anwendung von spinaler Flüssigkeit (Autotherapie) bei der Behandlung von chronischer Nervensyphilis). (New York. med. Journ., July 20, 1912.)

Die Verfasser schlagen zur Behandlung chronischer syphilitischer Nervenerkrankungen intralumbale Injektion von Zerebrospinalflüssigkeit syphilitischer Kranken vor und bezeichnen ihr Verfahren als „Autotherapie", ein nicht viel besagender Name. Hinsichtlich der Behandlung stellen sie eine Reihe von Kontraindikationen auf, so daß der „Autotherapie" nicht gerade ein großes therapeutisches Feld zur Verfügung steht.

K. Boas-Straßburg i. E.

Steiner, G. (Straßburg i. E.), **Beiträge zur pathologischen Anatomie der peripheren Nerven bei den metasyphilitischen Erkrankungen.** (Arch. f. Psychiatrie, 1912, Bd. 49, Heft 3.

1. In den peripheren spinalen Nerven zeigt sich bei den metasyphilitischen Erkrankungen die gleiche, in gewissem Sinne spezifische Erkrankung des mesodermalen Gewebes wie an den hierfür in Betracht kommenden Teilen des Zentralnervensystems.
2. Es besteht kein ätiologischer Parallelismus zwischen den Krankheitsvorgängen am mesodermalen Stützgewebe und denen an der Nervenfaser.
3. Die periphere Erkrankung beansprucht insofern Selbständigkeit, als sie mit der zentralen Erkrankung nur durch die gemeinsame Ursache in Zusammenhang steht; beide, der periphere und der zentrale Krankheitsprozeß, sind einander koordiniert.
4. Es ist (nach Feststellung einer selbständigen Erkrankung des mesodermalen Gewebes im peripheren Nerven) wahrscheinlich, daß auch die Nervenfasererkrankung des peripheren Nerven bei dem metasyphilitischen Leiden von dem Zentralnervensystem funktionell und anatomisch unabhängig ist.
5. Eine wesentliche Bedeutung für die Symptomatologie der metasyphilitischen Erkrankungen kommt den am mesodermalen Stützgewebe erhobenen irritativ-vaskulären oder chronisch-entzündlichen, interstitiellen Befunden nicht zu. K. Boas-Straßburg i. E.

Mönkemöller (Hildesheim), **Zur Psychopathologie des Brandstifters.** (Kriminalanthropologie und Kriminalistik 1912. XLNII. S. 195.)

Was den Einfluß der Psychopathologie auf die Brandstiftung anbetrifft, so bleibt es dabei, daß diese auf der Grundlage der verschiedensten psychischen Affektionen aus den mannigfachsten, normalen und pathologischen Motiven heraus entstehen kann. Eine gewisse Steigerung findet in den Pubertätsjahren statt und das weibliche Geschlecht beteiligt sich in dieser Zeit etwas mehr an diesem Delikt wie an anderen Formen der Kriminalität. Um wesentliche Steigerung der Zahlen handelt es sich hierbei aber nicht. Zum Teil ist die Steigerung in diesen Jahren durch die physiologischen Verhältnisse der Frau bedingt. Bei den meisten pathologischen Brandstifterinnen liegen psychische Störungen vor, die nicht allein an diese Altersperiode gebunden sind. Normale Motive machen sich auch in einem sehr großen Prozentsatz bei diesem pathologischen Wesen be-



merkbar. Insbesondere erweist sich gerade bei diesen die Brandstiftung wieder als das bequemste Mittel der Rache.

Außerdem spielen hier eine ganze Reihe von äußeren Umständen mit, die auf pathologische Naturen besonders stark einwirken.

K. Boas-Straßburg i. E.

Mirallie, Ch. (Nantes), **Progressive Paralyse und Paralysis agitans. Bemerkungen zu der Arbeit von Knud Krabbe: Ueber Paralysis agitans-ähnlichen Tremus bei Dementia paralytica.** (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 10, 1912.)

Verfasser veröffentlicht einen Fall, in dem als erstes Symptom der Paralyse neben dysarthrischen Störungen ein Paralysis agitans - ähnlicher Tremor auftrat und längere Zeit das Krankheitsbild beherrschte. Erst viel später stellten sich die übrigen Symptome der Paralyse ein. Der Fall beweist ebenso wie eine analoge Beobachtung Maillards den organischen Ursprung der Paralysis agitans. K. Boas-Straßburg i. E.

Stepanoff, P., Beiträge zur Kenntnis des Korsakoffschen Symptomenkomplexes bei Lues cerebri. (Inaug.-Dissertation 1911.)

Der Korsakoffsche Symptomenkomplex stellt keine nosologische Einheit dar.

Er kommt nach den verschiedensten ätiologischen Momenten vor.

Polyneuritis steht in keinem notwendigen Zusammenhang mit den psychischen Erscheinungen.

Der Korsakoffsche Symptomenkomplex scheint mit Ausnahme der alkoholistischen Fälle keiner Toxämie seine Entstehung zu verdanken.

Er stellt eine typische Reaktionsweise auf die organische Läsion gewisser Partien der Hirnrinde dar.

In bezug auf die Lokalisation der Schädigung könnte man diesen Symptomenkomplex in Analogie zum thalamischen, aphasischen und dergl. mehr als parieto-occipitalen bezeichnen. K. Boas-Straßburg i. E.

Röntgenologie und physikalisch-diätetische Heilmethoden.

Rave, Fr. (Bonn). **Die Röntgentherapie bei Strumen und Morbus Basedowii.** (Zeitschrift für Röntgenkunde 1911, Bd. XIII.)

Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf normales Schilddrüsengewebe ist histologisch bisher nicht nachgewiesen.

Auch die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf pathologisches Thyreoideagewebe steht bisher noch nicht fest. Koloidstrumen werden jedenfalls nicht beeinflußt.

Die Röntgentherapie bei einfachen Kröpfen ist meistens von keinem größeren Erfolg begleitet; kleinere Schrumpfungen mögen wohl hier und da bei den parenchymatösen Formen vorkommen, doch eine Heilung, ein vollständiges Zurückgehen der Struma auf normale Verhältnisse, ist wohl nur in ganz seltenen Fällen zu verzeichnen gewesen. Die Röntgenbehandlung einfacher Kröpfe ist deshalb wohl abzulehnen, besonders auch mit Rücksicht darauf, daß eine Operation, die ja doch in ihr Recht treten muß, durch vorausgegangene Bestrahlung nach den Beobachtungen von Eiselbergs und anderen Autoren erschwert werden kann. Nur in den Fällen, in welchen die Patienten vor einer Operation zurückschrecken, kann, zumal wenn schwere Komplikationen, besonders von seiten des Herzens, einen chirurgischen Eingriff nicht ratsam erscheinen lassen, ein Versuch mit der Röntgentherapie gemacht werden, in allen anderen Fällen aber ist unbedingt zur Operation zu raten.

Beim Morbus Basedowii dagegen ist, wenn keine direkt zur Operation drängenden Erscheinungen vorhanden sind, die Röntgenbehandlung als gleichwertig mit allen übrigen bekannten therapeutischen Methoden anzusehen. Es wird dadurch sowohl eine Verkleinerung der Schilddrüse, als auch ein Zurückgehen der spezifischen Basedowsymptome, des Exophthalmus, der kardialen Erscheinungen, Tachykardie, nervösen Symptome, eine Besserung des



Allgemeinbefindens, Gewichtszunahme erreicht. Kommt es im Anschluß an eine Operation nicht zur schnellen Besserung, so kann die Röntgentherapie zur Unterstützung mit Erfolg herangezogen werden.

Verwachsungen im Anschluß an Röntgenbestrahlungen kommen nicht regelmäßig vor. Die Bedingungen, unter welchen sie auftreten, sind noch näher zu ergründen.

Sehr wünschenswert wäre es, wenn in Zukunft exstirpierte Basedowstrumen, welche kurz vorher bestrahlt worden sind, eingehend histologisch untersucht würden, um festzustellen, auf welche Weise eine Beeinflussung des Strumagewebes durch die Röntgenstrahlen erfolgt.

K. Boas-Straßburg i. E.

Chevalier, J., Trockenmilch (Le lait desséché). (Les nouveaux remèdes 1912, Nr. 14, S. 313.)

Die Trockenmilch-Industrie hat auch in Deutschland einen großen Umfang angenommen; die Trockenmilch ist für Expeditionen, für die Soldaten im Feld, aber auch zur Säuglingsernährung empfohlen worden. Von den verschiedenen Herstellungsarten sind zu nennen: Eintrocknen der Milch in dünner Schicht auf großen, erhitzten rotierenden Trommeln (J. R. Hatmaker), Eintrocknen durch Anwendung von Hitze und Vakuum, Verstäuben als feinster Nebel mittels Hindurchpressens durch Kapillarröhren in erhitzte Räume. Der Milch werden vielfach Natriumbicarbonat, Natriumzitrat, Calciumzitrat und Calciumphosphat zugesetzt. Aus dem französische Verhältnisse schildernden Aufsatz sei folgendes hervorgehoben:

Die Trockenmilch wird verschieden beurteilt. Als oberster Grundsatz wird angenommen, daß die Trockenmilch keine der Milch fremden Stoffe zugesetzt enthält und möglichst keine physikalischen und chemischen Veränderungen erfahren hat, daß sie sei „l'extrait intégral du lait naturel et pur". Für die Säuglingsernährung soll nur Vollmilch zu Trockenpulver verarbeitet und dieses in frischem Zustand verwendet werden. Alle Untersuchungen haben festgestellt, daß Trockenmilch nicht keimfrei ist; sie soll sogar Streptokokken enthalten.

Planchu in Lyon hat sich neuerdings dahin ausgesprochen, daß Trockenmilch allerdings besser als schlechte Milch sei, sie sei aber zweifelsohne weniger wert als einwandfreie Milch. Andere empfehlen Trockenmilch selbst zur Säuglingsernährung aufs wärmste (Porcher).

Auf dem 5. internationalen Milchkongreß in Stockholm (1911) sind für Trockenmilch, die zur Ernährung der Säuglinge in den Handel gebracht wird, folgende Forderungen aufgestellt worden: Die Dosen sollen die Angaben enthalten über Prozentgehalt der Trockenmilch an Eiweißstoffen, Zucker, Asche, Wasser und insbesondere Fett, Art der verwendeten Milch (Vollmilch, abgerahmte Milch, Magermilch), Datum der Herstellung, Fabrikationsweise.

Als Typen der prozentischen Zusammensetzung von Trockenmilchpräparaten führt Verfasser an:

	aus Vollmilch	aus abgerahmter Milch	aus Magermilch
Wasser	3,5	6,0	8,5
Fette	26,0	16,0	1,0
Milchzucker	42,0	37,0	50,0
Eiweißstoffe	23,0	33,0	33,0
Asche	5,0	7,0	8,0

Ref. fand in deutschen Präparaten aus Vollmilch, die er zur Ernährung bei Stoffwechselversuchen von Menschen verwendet hatte: Wasser 3,4—5,1 %; N-Substanz 3,7—4,0 %; Fett 23,0—25,0 %; Kochsalz 1,8 % (Arb. a. d. Kais. Ges.-Amt 43, 1912, S. 283 ff.). E. Rost.



Medikamentöse Therapie.

Agulhon, Die antiseptische Wirkung der Borsäure (Les solutions d'acide borique possèdent-elles un pouvoir antiseptique? (Les nouveaux remèdes 1912, No. 16, pag. 369.)

In der französischen Pharmakopöe ist Aqua borica, eine (fast gesättigte) 3prozentige Lösung der Borsäure in Wasser, offizinell. Nach den Versuchen des Verfassers kommt selbst der 3prozentigen Borsäurelösung nur eine schwache Wirkung auf Diastase, milchsäurebildende Bakterien und pathogene Keime zu. Die Wirkung auf lösliche Fermente ist ebenso wie auf die Gifte der pathogenen Bakterien Null. Verfasser bezeichnet den Gebrauch der Borsäurelösung in der Heilkunst als Antiseptikum nur dann als gerechtfertigt, wenn sie mit frisch destilliertem Wasser bereitet, gewissermaßen als aseptische Flüssigkeit zur Verwendung kommt. E. Rost.

Courtot, Diphenylamin. (Influenze de la diphenylamine sur la nutrition). (Arch. de méd. et de pharm. milit 1911, pag. 449.)

Diphenylamin, $C_6H_5 . NH . C_6H_5$, wird in der Farbstoffindustrie und bei der Schießpulverfabrikation verwendet. Ihm werden ausgesprochene Giftwirkung zugeschrieben.

Verfasser hat (nach Les nouveaux remèdes, 1912, Nr. 16, p. 378) größere Mengen (bis zu 5 g) an Hunde verfüttern können, ohne daß Vergiftungserscheinungen auftraten. Wurden 0,03 g pro kg Tier Hunden längere Zeit verabreicht, so nahmen die Tiere an Gewicht zu; der Harn enthielt weniger Harnstoff, Harnsäure und Phosphorsäure, war aber eiweißhaltig.

Obwohl die wichtige Frage, ob Diphenylamin Anilinwirkungen entfalten kann, nicht geprüft worden ist, wird die Anwendung des Diphenylamins zur Hebung des Appetits, Beeinflussung des Stoffwechsels und der Nierentätigkeit empfohlen. E. Rost.

Rappoport, Chassia, Ueber die Opium-Urethancombination. (Zeitschr. für experimentelle Pathologie und Therapie 1911, Bd. 9.)

Aus den Versuchen der Verfasserin geht hervor, daß die Kombination Opium — Urethan — also die Verbindung der Opiumalkaloide mit einem Narkotikum der Fettreihe zu der erwarteten Potenzierung der Wirkung führt. Aus der Tatsache, daß diese Verstärkung ziemlich genau das Doppelte des Additionswertes der Einzelwirkung ausmacht, kann ferner geschlossen werden, daß die ganze narkotische Kraft beider Substanzen für die Potenzierung in Betracht fällt.

Für das Urethan ist das vielleicht selbstverständlich, für das Opium beweist dieses Verhalten, daß nicht nur das Morphium, sondern auch die anderen narkotischen Bestandteile der Drogue, mit einem Narkotikum der Fettreihe, zusammengegeben im Sinne Bürgischen Gesetzes zu einer ungewöhnlichen Vermehrung der narkotischen Kraft führen.

K. Boas-Straßburg i. E.

Rochester, Constipation. (The american journal of the medical science.)

Fischer, Weitere Beobachtungen über Adalin als Hypnoticum und Sedativum. (Allgem. med. Zentralzeitung 1912, Nov. 31.)

Wichtig sind die Kombinationen von Adalin mit Aspirin, Phenacetin, Heroin, Morphin, Veronal, die gerade bei Schlaflosigkeit infolge von Schmerzen guten Erfolg geben. Und zwar werden massiven Dosen Adalin möglichst kleine Dosen dieser differenten Mittel angegliedert. Verfasser war von dieser Art der Verabreichung namentlich befriedigt bei Ischias, bei den Formen zerebraler Arteriosklerose mit innerer Unruhe und Depression, bei den lanzinierenden Schmerzen der Tabiker, bei chronischer Nierenentzündung und Diabetes. Wesentlich ist die absolute Unschädlichkeit des Adalins auf Herz und Kreislauf, sein günstiger Effekt selbst bei längerer Verabreichung bei chronischer Herzinsuffizienz, weiterhin bei Emphysem mit Bronchitis, bei nervöser Prostration nach Influenza und ganz speziell bei Basedow und Epilepsie. v. Schnizer-Höxter.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.



30. Jahrgang 1912

Fortschritte der Medizin.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner
herausgegeben von

Prof. Dr. G. Köster in Leipzig. Priv.-Doz. Dr. v. Criegern in Leipzig. Prof. Dr. H. Vogt in Wiesbaden.

Schriftleitung: Dr. Rigler in Darmstadt, Grüner Weg 86.

Nr. 51. | Erscheint wöchentlich zum Preise von 8 Mark für das Halbjahr. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Annoncen-Bureau, Eberswalde bei Berlin. | 19. Dez.

Originalarbeiten und Sammelberichte.

Die Hypochondrie.

Von Franz C. R. Eschle.

Als „Hypochondrie" bezeichnen wir den depressiven Gemütszustand, in dem irrige Vorstellungen über den eigenen Körper und an diese sich anknüpfende Befürchtungen die Gedankenwelt des Individuums mehr oder weniger ausfüllen. Steht somit das Leiden zu den Seelenstörungen und speziell zu den Schwermutsformen in nahen Beziehungen, so darf man doch nur in solchen Fällen von wirklichem Irresein sprechen, in denen durch die traurige Stimmung und die bange Sorge um die Gesundheit das ganze geistige Ich beherrscht jede Kritik schwindet und alle Energie gelähmt wird. Glücklicher Weise trifft das durchaus nicht für alle, nicht einmal die Mehrzahl der Fälle zu, mit denen der Arzt in seiner täglichen Praxis zu tun hat. Mit den Veränderungen des psychischen Verhaltens sind immer mannigfache Funktionsstörungen des Nervensystems verknüpft, die überdies großem Wechsel bei ein- und derselben Person unterliegen. Und dies können gegenüber der seelischen, im Gefühl schweren körperlichen (selten geistigen) Leidens wurzelnden Verstimmung dermaßen in den Vordergrund treten und eine so nahe Verwandtschaft des Krankheitsbildes mit dem der Hysterie erkennen lassen, daß der Hypochondrie dicht neben dieser ein Platz unter den verbreitetesten Neurosen eingeräumt werden darf.

Schon Griesinger[1]) betonte, daß die Krankheit offenbar auf zwei Wegen entstehen kann: einmal auf dem rein psychischen, das andere Mal auf dem einer sekundären Zerebrospinalirritation infolge von tatsächlichen, wenn auch leichteren Funktionsstörungen, die mehr ein intensives Krankheitsgefühl als eigentliche Schmerzen im Gefolge haben.

In letzterer Hinsicht sind zunächst Störungen in der Funktion der vegetativen Apparate anzuführen.

[1]) Griesinger, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart 1845. A. Krabbe.



Die Bezeichnungen „Hypochondrie", „Hypochondriasis" und ebenso der früher häufig gebrauchte Name „Morbus flatulosus" stammen aus einer Zeit, in der man die seelische Verstimmung wesentlich mit den in der Regio hypochondrica plazierten Unterleibsorganen (Leber, Gallenblase und den entsprechenden, oft durch Gasansammlungen stark aufgetriebenen Darmabschnitten) in direkten Kausalnexus brachte. Neben diesen Störungen, die tatsächlich oft zu „hypochondrischen" Sensationen im wahren Sinne des Wortes Anlaß geben, sind daneben auch gewisse Erkrankungen des Urogenitalapparates als Momente von ursächlicher Bedeutung anzuführen.

Kann z. B. — wie die tägliche Erfahrung lehrt — Hypochondrie allein schon durch Stuhlverstopfung hervorgerufen werden, so wird ihre Entstehung sogar noch ganz besonders begünstigt, wenn etwa der Abfluß von Prostatasekret bei hartem Stuhlgang beobachtet und dieses für Sperma gehalten wird oder wohl gar Spermaabfluß tatsächlich einmal dabei erfolgt. Auch sonst aber gehören Krankheitszustände im Bereiche der Genitalien zu denjenigen, die viel leichter als andere zur Hypochondrie führen und namentlich auch die als „Syphilidophobie" überaus häufig zu beobachtende Varietät des Leidens bedingen. Gerade für diese Form gilt was Griesinger für die Hypochondrie im allgemeinen und in einer vielfach Missdeutungen unterliegenden Weise so scharf hervorhob: wir finden stets eine falsche Deutung der Empfindungen, ein verkehrtes Urteil über die Beschaffenheit des eigenen Körpers; beide wurzeln, wie die Wahnvorstellungen bei anderen psychischen Affektionen in der krankhaften Gemütsstimmung und sind als „Erklärungsversuche" für jene anzusehen. Auch nach wirklich stattgehabter Syphilis-Infektion oder nach akquirierter Gonorrhoe ist ebenso wie bei den spontan auftretenden oder artifiziell provozierten Samenverlusten (Onanie) wohl zu beachten, daß hier mehr als die vielfach angeschuldigten, körperlich schwächenden Potenzen das psychische Moment den Ausschlag gibt.

Derartige Erwägungen dürfen uns aber natürlich nie dazu verführen, wirklich vorhandenen, wenn auch nicht immer anatomisch resp. physikalisch nachweisbaren Störungen, die zweifellos bedeutende Rolle abzusprechen, die sie in der Aetiologie solcher Zustände spielen, wenn auch die Beurteilung und Einschätzung der Anomalie durch das unter ihr leidende Individuum der „normalen" Bewertung nicht entspricht.

Nach Rosenbachs[1]) ausgiebigen Erfahrungen gerade auf dem in Rede stehenden Gebiet handelt es sich eben bei der Mehrzahl der Personen, die zu Hypochondern geworden sind, gar nicht um eine primär nervöse oder psychopathische Anlage, sondern mehr um eine unter dem Einflusse starker Gefühlsbetonung einzelner Vorstellungsreihen zustande gekommene Unzulänglichkeit der Urteils- und Schlußbildung, die er als „falsche Analogie" bezeichnet. Diese führt dann zu einer ängstlich gespannten Beobachtung des eigenen Körpers, in weiterer Folge auch zu einer Schärfung der Organgefühle und der Empfindungen für die sonst mehr oder weniger unbewusst im Körper sich vollziehenden Bewegungen und schließlich zu nervösen,

[1]) O. Rosenbach, Ueber psychische Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Herzkrankheiten. Therapie der Gegenwart. April 1900.



neurasthenischen oder gar psychopathischen Zuständen. So können ganz ungewöhnliche Symptome, wie Angstgefühle, Arythmie des Pulses usw. nach Rosenbach schon allein durch die Aufmerksamkeit hervorgerufen werden: („Herzhypochondrie", Rosenbachs Neurasthenia cordis vasomotorica". Um die Aufmerksamkeit auf die Funktion eines bestimmten Apparates hinzulenken, genügen — abgesehen von wirklichen oder vermeintlichen Anomalien am eigenen Körper — Krankheitsfälle in Freundes- oder Verwandtenkreisen, sogar nur lebhafte Schilderungen solcher seitens ganz fernstehender Personen. Ganz ähnliche Wirkungen kann die Lektüre medizinischer Schriften und Zeitungsberichte zur Folge haben, namentlich beim Ausbruch einer Epidemie oder sonstiger Massenerkrankung sowie beim Wachwerden des allgemeinen Interesses für die Erkrankung einer hervorragenden Persönlichkeit (Ueberlaufenwerden der Kehlkopfspezialisten nach dem Tode Kaiser Friedrichs). Ebenso sieht man als unbeabsichtigte Folge der öffentlichen Mahnungen und Belehrungen über die Verhütung und Weiterverbreitungen von Krankheiten auch bei ganz gesunden Menschen mit offenbar intaktem Nervensystem hypochondrische Zustände sich entwickeln (Tuberkulose-, Diphtherie-neuerdings Krebsfurcht!). Auch die lebhafte Propaganda für neue Untersuchungs- und Heilmethoden und last not least leider auch die ärztliche Suggestion von Person zu Person sind hierher zu zählen (gewisse Herzspezialisten!). Die tatsächlichen Krankheitszeichen, deren Ueberschätzung in vielen Fällen die hypochondrische Wahnvorstellung ausmacht, hat Ziehen [1]) recht treffend als „Anknüpfungssymptome" bezeichnet. Und je genauer man die einzelnen Fälle von Hypochondrie analysiert, um so seltener wird man solche Anknüpfungssymptome vermissen. Die Verhältnisse liegen meines Erachtens hier ähnlich wie bei der vorschnellen Annahme bloßer Simulation bei vielen Unfallverletzten.

Unter den tatsächlich psychisch bedingten Fällen wurde schon von Griesinger zwischen denjenigen unterschieden, in denen die Krankheit durch das Lesen medizinischer Bücher, durch den steten Umgang mit Hypochondern, durch das Miterleben von Epidemien usw. direkt auf psychischem Wege zustande kommt und solchen, für die psychische Noxe nur indirekt verantwortlich zu machen ist. Jene sind seiner Erfahrung nach nicht nur seltener, sondern auch leichter im Verlauf als diese, bei denen der depressive Affekt erst die Störungen der Verdauung, der Zirkulation oder der Sekretion hervorruft und so zur Quelle organisch begründeter Krankheitsgefühle wird. Schon dieser grosse Forscher, dem wir neben seinen meistens nur einseitig gewürdigten Verdiensten um die Hebung der Psychiatrie auf die Höhe einer wirklichen Wissenschaft auch eine Unzahl feiner ärztlicher Beobachtungen auf näher oder ferner gelegenen Gebieten verdanken, hob hervor, wie es oft zu einem vollsten Circulus vitiosus kommt: Unter der Herrschaft des psychopathischen Zustandes bildet sich eine übermäßige Sensibilität aus (er führt in dieser Hinsicht die grosse Empfindlichkeit gegen Temperatureinflüsse bei allen an Depression leidenden Patienten an (die man ja auch in den Krankenanstalten während der Heiz-

[1]) Th. Ziehen, Hypochondrie. Eulenburgs Realencyclopädie IV. Aufl. Bd. VII. 1909.



periode auffallender Weise selbst bei der mildesten Witterung sich zum Ofen oder Heizkörper drängen sieht), ebenso oft aber auch eine Paraesthesie, in der Griesinger nur eins der Anzeichen dafür erblickt, wie sehr das ganze Verhältnis zur Sinnenwelt in Unordnung gekommen sein muss. Solchen Patienten erscheinen dann alle betasteten Gegenstände etwas undeutlich, auch rauh oder wollig beim Anfühlen oder es kommt ihnen vor, als wäre eine Wand zwischen ihnen und der Außenwelt, so daß sie die Eindrücke von Gegenständen sich überhaupt nicht mehr mit der früheren Sicherheit zu eigen machen können. Sobald sich nun die Aufmerksamkeit einer derartigen Sensation zuwendet, steigert sich auch das Befremdliche dieser und sie nimmt dann leicht den Charakter an, wie er in der Vorstellung für die befürchtete Krankheit vorausgesetzt wird. Aber während die Paraesthesie zu Reflexionen Anlass gibt, die die hypochondrische Vorstellung fördern, hilft auch die krankhafte Vorstellung wieder die Paraesthesie in ihrem Sinne zu modifizieren und verstärkt dadurch das Fundament für ihren weiteren Ausbau.

Besonders wichtig ist, dass, wie Oppenheim [1]) ausführt, diese Rückwirkung sich auch auf die Motilität erstrecken kann: Die Vorstellung einer Lähmung kann schließlich zu einer wirklichen Lähmung führen. Und gerade hierin treten die unverkennbaren Beziehungen zur Hysterie hervor, auf deren Besprechung und grundsätzlich notwendigen Trennung von dem hier in Rede stehenden Symptomenkomplexe wir später noch zurück zu kommen haben werden.

Jedenfalls sind im Gegensatze zu dem primären hypochondrischen Gedankengange die meisten hypochondrischen Symptome neurasthenischen Ursprungs; vor allem aber muss derjenige Grad des Krankheitszustandes, der bereits alle Merkmale einer wirklichen Psychopathie an sich trägt, durchaus als Teilerscheinung des neurasthenischen „Irreseins" betrachtet werden.

Eine große Rolle in der Aetiologie spielt neben der erblichen neuropathischen Disposition wie auch Ziehen bemerkt, die Erziehung: Personen, die von Kindesbeinen auf gewöhnt worden sind, jede körperliche Beschwerde zu beachten, verfallen dem hypochondrischen Vorstellungskreise besonders leicht. Und es ist wohl außer allem Zweifel, daß gerade die Erwirkung des allgemeinen Interesses für medizinische und hygienische Fragen mit dazu beigetragen hat, eine übertriebene Aengstlichkeit in die weitesten Kreise zu tragen. Diese konnte auf die Erziehung der heranwachsenden oder heute schon herangewachsenen Generation nicht ohne Rückwirkung bleiben und hat sicher das ihrige dazu beigetragen, ihr mit der Gewöhnung an sorgenvolle Selbstbeobachtung ein unverkennbares Stigma der Hypochondrie aufzudrücken. Die Hypochondrie wird in den südlichen Gegenden seltener als in den nördlichen beobachtet und man hat für diese Tatsache, speziell für ihr gehäuftes Vorkommen in England das feuchte, neblige Klima in den kälteren Zonen mit verantwortlich gemacht. Der unverkennbare Einfluß einer familiären

[1]) H. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1894. S. Karger.



Anlage auf die Erkrankungsziffer scheint mir doch aber eher für eine Art Rassendisposition zu sprechen, obwohl ich den Einfluss eines trüben, bedeckten Himmels auf alle nervös Prädisponierten und vor allem auf solche, die zu Depressionszuständen, Zwangsvorstellungen usw. neigen, am allerwenigsten verkenne.

Sucht die Hypochondrie einerseits ihre Opfer mit Vorliebe unter den Personen mit sitzender Beschäftigung, denen man eine hämorrhoidale Anlage von jeher zuschrieb, so kommt auf der anderen Seite für die Aetiologie entschieden noch ein anderes Moment in Betracht, das die früher übliche Nomenklatur „Morbus eruditorum" nicht ganz gerechtfertigt erscheinen lässt. Man trifft unter gewissen Klassen von Handwerkern (Schuhmachern, Schneidern) die Hypochondrie fast ebenso häufig an wie bei Bureau- und Kontormenschen. Von diesen letzteren kommen vorwiegend die subalternen, auf weniger verantwortungsreichem Posten wirkenden Kräfte in Betracht, deren mehr mechanisch oder mindestens doch in der Regel recht gemächlich vollführte Arbeit ihnen genau so viel Zeit zum Grübeln läßt wie den Vertretern der erwähnten handwerklichen Berufsarten. Es ist daher wohl kaum ungerechtfertigt, jenes andere begünstigende Moment für die Hypochondrie in dem Mangel einer den Geist des Menschen ganz ausfüllenden, sein Interesse und seine Sorgen voll in Anspruch nehmenden Tätigkeit zu erblicken.

Was den Verlauf der Hypochondrie anlangt, so ist sie im allgemeinen ein langwieriges, zuweilen durch das ganze Leben sich hinziehendes Leiden, das höchst selten (obwohl Ziehen[1]) eine Anzahl solcher Fälle beobachtete) schon im Kindesalter, um so häufiger schon bei ganz jungen Leuten entsteht. Das weibliche Geschlecht wird weit seltener als das männliche betroffen, obwohl sich auch bei Frauen, zum Teil neben bestehender Hysterie, psychische Verstimmungen finden, die durchaus den Charakter von hypochondrischen tragen. Und gerade dadurch kann unter Umständen die Unterscheidung zwischen den beiden funktionellen Neurosen sehr schwer werden.

Im Beginne äußert sich die Hypochondrie in der Weise, daß die Heiterkeit des Geistes durch den sich bei jeder Gelegenheit aufdrängenden Gedanken an ein schweres Leiden getrübt wird, so wenig diese Idee zunächst auch der noch immer waltenden Kritik standhält und so sehr sie vorderhand als unsinnig vom Patienten selbst zurückgewiesen wird. Aber der Kranke sieht sich dadurch doch zu fortwährender Selbstbeobachtung veranlaßt, die sich immer noch steigert. Und je mehr ihm infolge der Belastung seiner Vorstellungen mit den stärksten affektiven Werten der kritische Wiederstand verloren geht, wie das in Fragen des ureigensten Wohls und Wehes selbst bei vollständig Gesunden nicht gar so selten ist, sucht er immer aufs neue mit sich ins reine zu kommen und der Sitz und die Ursachen seines Leidens genau zu eruieren.

Je nach dem Bildungsgange und der ganzen Anschauungsweise gestalten sich die hypochondrischen Vorstellungen ganz verschieden

[1]) Th. Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. 3 Teile. Berlin 1902—1906. Reuter u. Reichard. — F. C. R. Eschle, Kinderirresein. Eulenburgs Encycl. Jahrb. Bd. XVIII. Neue Folge. Bd. 39, 1911.



und in der Regel glaubt der Hypochonder die Zeichen desjenigen Leidens an sich zu entdecken, das ihm am schrecklichsten erscheint [Kraepelin[1])]. Neben Krebs und Syphilisfurcht ist deshalb der häufigste Wahn der, von Rückenmarksschwindsucht befallen zu sein. Magen und Darm werden aber demnächst immer am frühesten für erkrankt gehalten, da Stuhlverstopfung, die schon erwähnten Gasansammlungen und übermäßige Säurebildung nicht nur ganz gewöhnliche Begleiterscheinungen der Hypochondrie sind, sondern auch geradezu prädestiniert erscheinen, dem Laien Fingerzeige für die Lokalisation der beobachteten Funktionsstörung zu bieten. Aussehen, Ernährungszustand und Appetit sind einstweilen noch gut, nur der Schlaf will sich schwer einstellen. Was den Kranken am Tage beschäftigte, nimmt seine Gedanken noch mehr in der Nacht in Anspruch, wenn ihn keine Berufsgeschäfte mehr stören; und der Zustand wird in dieser Zeit noch viel quälender, weil sich die Vorstellungen, sobald der Schlummer nahen will, in die barocken Formen abenteuerlicher und erschreckender Phantasien kleiden. So wird der Schlaf unruhig, unterbrochen und wenig erquickend und das Bild wird durch eine wirkliche Erschöpfung an Nervenkraft, durch eine wahre Neurasthenie selbst da kompliziert, wo sie primär nicht vorlag.

Neben den viszeralen gehört die muskuläre Hyperästhesie zu den für die Neurasthenischen in erster Linie in Betracht kommenden „Anknüpfungssymptomen." Der Sitz dieser „Myalgien[2]) ist höchst variabel und es ist um so weniger ein Wunder, daß die Kranken selbst die tief darunter gelegenen Organe (Lungen, Herz, Leber, Gallenblase bei Myalgien der Thoraxmuskulatur, speziell bei ihrer Lokalisation am Rippenbogen, den Magen und Darm, heute natürlich mit Vorliebe den Blinddarm bei Myalgien in den Bauchmuskeln; die Nieren bei solchen der Rückenmuskeln) für die eigentlich erkrankten Teile halten können, als auch Ärzte, wie ich mich überzeugen konnte, nicht gar so selten zu ähnlichen irrigen Deutungen der Beschwerden veranlaßt wurden.

Darauf, wie häufig der von vielen Patienten geklagte Druck und Schmerz in und über den Augen seine reale Basis in Affektionen der Mm. corrugatores supercilii hat, ist von Arndt[3]) durchaus zutreffend hingewiesen worden. Auch vermeintliche Arthralgien und Neuralgien, so häufig deren Vorkommen bei Nervösen und Neurasthenischen sicher auch ist, sind meiner Erfahrung nach in einer großen Zahl, vielleicht sogar in der Mehrzahl der lediglich auf myalgische Schmerz- und Druckpunkte in den übergelagerten Muskeln oder Sehnen zurückzuführen. Ganz besonders ist mir das hinsichtlich der myalgischen Pseudo-Ischias aufgefallen. Noch mehr als hyperästhetische resp. hyperalgische können anästhetische oder auch nur hypalgische Zonen Anknüpfungspunkte für hypochondrische Gedankengänge bieten. Namentlich wenn sich noch perverse

[1]) E. Kraepelin. Psychiatrie. 7. Aufl. Leipzig 1903. Joh. Ambros. Barth.

[2]) F. C. R. Eschle. Myopathien, funktionelle. Eulenburgs Encycl. Jahrb. Bd. XVII. Neue Folge Bd. VIII 1910.

[3]) R. Arndt. Lehrbuch d. Psychiatrie. Wien und Leipzig. 1883. Urban u. Schwarzenberg.



Innervation[1]) hinzugesellt, wird nur zu leicht mit der Vorstellung der Lähmung eine solche tatsächlich vorbereitet.

Schon diese Erscheinungen illustrieren die oben erwähnten Beziehungen zur Hysterie. Interkurrente hysterische Symptome sind bei der Hypochondrie überaus häufig, wie auch umgekehrt im Laufe der Hysterie, die sich nach Rosenbach[2]) aus nervösen und neurasthenischen Komplexen (also solchen funktioneller reizbarer Schwäche und wirklichen Erschöpfungsymptomen) zusammensetzt, aber durch die Inkonstanz, die eigenartige Wandelbarkeit und Sprunghaftigkeit aller Erscheinungen ihr typisches Gepräge erhält. Hypochondrische Symptome müssen sich leicht und um so eher entwickeln, als diese Kranken ganz besonders dazu neigen, sich mit einer gewissen Liebe in ihre eigenen abnormen Zustände zu versenken. Immerhin ruft hier aber nicht der spezifisch potenzierte Symptomenkomplex, den wir „Hysterie" nennen, sondern lediglich seine neurasthenische Komponente die hypochondrischen Beschwerden hervor. [3])

Zu denjenigen nervösen Symptomen, die besonders häufig als objektive Grundlage hypochondrischer Befürchtungen dienen, gehören ferner Abdominal-pulsationen und mehr noch Herzpalpitationen. Gerade die Selbstbeobachtung hinsichtlich der Vorgänge am Zirkulationsapparat ist geeignet die sogenannte „Herzhypochondrie" zu zeitigen. Oft handelt es sich ja um rein abnorme Sensationen, in anderen Fällen aber liegt diesem Zustande der zuerst von Rosenbach als „Neurasthenia cordis vasomotoria" gewürdigte und eingehend beschriebene Symptomenkomplex zu grunde. Wie Rosenbach[4]) ausgeführt hat, kann der Kausalnexus zwischen der Erregbarkeit des Herzens und der des Nervensystems, hier natürlich ein doppelter sein; bald kann diese die Arbeit des Herzens beeinflussen (und unter Mitwirkung psychischer und somatischer Noxen ohne zeitige Vorbeugungsmaßregeln allmählich ein wirkliches Herzleiden verursachen), bald wieder die starke Erregbarkeit des Herzens die Folge der neben der „Reizbarkeit" den Neurastheniker charakterisierende „Schwäche", ein Zeichen der fehlerhaften Akkomodation an die Reize und der mangelhaften Leistung der Regulationsmechanismen sein. Die konstitutionelle Veranlagung ist aber immer Vorbedingung für die Entstehung des Leidens. Und wenn auch große körperliche und geistige Strapazen (einschließlich der Exzesse in Vergnügungen und Leidenschaften) als auslösende Momente in Betracht kommen, so liefern das beträchtlichste Kontingent für die Erkrankungen an Neurasthenia cordis doch Männer jüngeren und mittleren Lebensalters, die vom Hause aus durch ein „melancholisches Temperament" für die Krankheit prädestiniert erscheinen, wie denn überhaupt das Bild der Neurasthenia cordis nach Rosenbach eine auffallende Ähnlichkeit mit leichteren Formen des depressiven Stadiums in Geisteskrankheiten hat.

---

[1]) F. C. Eschle, Die perverse oder paradoxe Innervation. Fortschr. d. Medizin 1912. No. 1—3.

[2]) O. Rosenbach, Nervöse Zustände und ihre psychische Behandlung. 2. Aufl. Berlin 1903. Fischers med. Buch (H. Kornfeld).

[3]) Vergl. auch meine demnächst an gleicher Stelle erscheinende Abhandlung über „Hysterie."

[4]) O. Rosenbach, Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. 2 Bde. Wien u. Leipzig 1863—1897. Urban & Schwarzenberg.



Der Hypochonder wendet sich gern an den Arzt. Da sich aber die mit der Neurasthenie Hand in Hand gehende Willenschwäche (im Gegensatz zur Entschlußunfähigkeit) anfänglich – und bei leichteren Formen auch während des ganzen Krankheitsverlaufes — nur in dem mangelnden Beharrungsvermögen (der „perseverativen Insuffizienz“ nach meiner Nomenklatur [1]) äußert, hat der Patient selten Ausdauer und Geduld genug, ein konsequentes Regime durchzuführen. Er wechselt infolgedessen nicht nur fortwährend den Arzt, sondern läßt sich alle in den Zeitungen angepriesenen Wundermittel gegen das selbstdiagnostizierte Leiden kommen, läuft bei Leidensgenossen, klugen Frauen und Pfuschern herum und konsultiert inzwischen wieder einmal (wirkliche oder vermeintliche) ärztliche Autoritäten. Unter dem Einfluß des unzulänglichen oder unverdauten Belehrungsmaterials verschiebt sich dann die Anschauung über die Krankheit wohl allmählich unter weiterer Vertiefung in den fehlerhaften Gedankengang nicht zum Vorteil des Kranken. Ein leichter Katarrh oder ein Schmerz am Thorax lenkt so die Aufmerksamkeit des Hypochonders auf die Lungen: er vergißt für einige Zeit seine Unterleibskrankheit und fürchtet sich einzig und allein vor der Tuberkulose. Herzklopfen wird sofort als Beweis eines Klappenfehlers gedeutet, unbedeutender Kopfschmerz führt auf den Gedanken einer Gehirngeschwulst oder Gehirnsyphilis und leichte Kongestionen zum Gesicht werden als Vorboten eines Schlaganfalls gedeutet. Der Kranke studiert sein Aussehen vor dem Spiegel, untersucht fortwährend seinen Puls, seine Zunge, seine Extremitäten und gewinnt aus diesen Explorationen beständig Motive, meistens der Furcht, seltener der Hoffnung, mit denen er, auch wenn es das Unsauberste betrifft, mit einer Art von Wollust jedermann unterhält. Indem die Hyperästhesie zu Sinneseindrücken führt, die im Sinne der krankhaften Vorstellungen, also falsch gedeutet werden, kommt es zu Illusionen des Gesichts, des Gehörs und auch des Geruchs. Der Kranke hört jetzt „das Blut in den entzündeten Klappen rauschen“ sieht Roseolen auf seiner Haut auftauchen — die Syphilodophobie ist ja wie schon erwähnt eine der häufigsten Äußerungen der hypochondrischen Gedankenrichtung — und behauptet wahrzunehmen, wie er vor innerer Fäulnis „durch die Rippen stinkt“. Die sich immer umfangreicher gestaltende Lektüre ins ärztliche Fach schlagender Bücher bringt es zustande, daß er die ganze medizinische Terminologie, natürlich unter höchst merkwürdiger und verworrener Deutung der Begriffe und Nomenklatur beherrscht.

Wenn wir aber von den erwähnten voreiligen Schlüssen im Sinne der „falschen Analogie“ und von dem hier geschilderten sonderbaren Gebahren absehen, ist die Intelligenz selbst bei den äußersten Graden der Hypochondrie in keiner Weise gestört. Oft sind die Kombinationen sogar recht scharfsinnig; und zwar gilt das nicht bloß in bezug auf das Lieblingsthema, das eigene Leiden, sondern auch hinsichtlich objektiver Verhältnisse.

Auf affektivem Gebiete sind hingegen in ganz ausgesprochener Weise jene zirkumskripten Defekte zu finden, wie sie für alle hochgradigen depressiven Zustände an sich charakteristisch sind. Dieses Manko an höheren, sogenannten intellektuellen Gefühlen steht im

[1]) F. C. R. Eschle. Die krankhafte Willensschwäche und die Aufgaben der erziehlichen Therapie. Berlin 1904, Fischers med. Buchhandlung (H. Kornfeld).



engsten Zusammenhange mit der egozentrischen Monotonie des Gedankenganges, der sich nur um den eigenen Zustand dreht und auf Mittel sinnt, ihm abzuhelfen. Dadurch wird oft ein gewisser Grad von intellektueller Insuffizienz vorgetäuscht. Der Kranke erscheint zerstreut und vergeßlich, weil alles was außerhalb seines eng begrenzten Interessenkreises liegt, bald in der Erinnerung erlöscht. Man erhält auf Fragen vielfach nicht die entsprechenden Antworten, weil an die Stelle der Assoziationen, mit denen der Gesunde auf einen Wortreiz reagiert, sich Vorstellungen aus der subjektiven Sphäre in den Vordergrund drängen.

Auch sonst werden die Handlungen des Hypochonders, von der häufigen (bald in Gestalt der resolutorischen, bald in der der perseverativen Insuffizienz zutage tretenden) Abulie abgesehen, durch die in einen allzuengen Kreis getrennten Assoziationen bestimmt. Vielfach wird das ganze Handeln ausschließlich von jenem einseitigen körperlichen Egoismus diktiert. Der Kranke macht den Eindruck eines Menschenfeindes, doch ist er es wohl kaum jemals: nur jede Teilnahme an dem Wohl und Wehe anderer ist ihm abhanden gekommen. Der Staat, die Gemeinde, sogar die Familie ist ihm gleichgültig geworden. Die Indolenz gegen das, was die Welt dazu sagt, kann soweit gehen, daß die Kautelen gegen die gefürchtete Krankheit einen geradezu barocken Anstrich erhalten. Entkleidet er sich gelegentlich einer ärztlichen Konsultation. so sieht man wohl, daß er ein Katzenfell auf der Brust oder „prophylaktisch" ein Suspensorium trägt. In seinem Bureau legt er sich ein Blatt Papier unter die Füße, um die Kälte des gedielten Bodens abzuhalten. Der Patient hüllt sich in Decken und Tücher, heizt im Sommer ein und wäscht sich nicht mehr, um eine Erkältung zu vermeiden, oder er lebt monate-, selbst jahrelang in einem dunklen Zimmer, weil von dem Tageslicht eine Erblindung seiner vermutlich vom Star bedrohten Augen wartet. Ist es unter immer weiterer Zunahme der „resolutorischen Insuffizienz (Eschle)" in den schlimmsten Fällen zu den höchsten Graden kompleter Abolie gekommen, so ist der Hypochonder nicht mehr zum Verlassen seiner Lagerstätte zu bewegen. Es stellt sich „Bettsucht" oder gar vollständige Apathie mit Verzicht auf alle motorischen Äußerungen „Atremie" (ἀτρέμας = sine tremore, sine motu) ein.

Immerhin ist die soeben beschriebene (wahre) Hypochondrie — wenigstens in ihren leichteren Formen — einer Besserung, ja einer Heilung fähig. Diejenigen Fälle mit starker Familiendisposition haben aber unvergleichlich schlechtere Prognose als die selteneren, die sich gewissermaßen auf Grund einer mehr zufällig zur Einwirkung gelangenden Schädlichkeit (also, so sehr auch einige „Anknüpfungssymptome" in Betracht kommen mögen, doch vorwiegend auf Grund vorübergehend einwirkender Vorstellungen) ausgebildet haben. Die Krankheit ist im allgemeinen um so schwerer völlig zu beseitigen, je mehr sie in den Lebensgewohnheiten begründet ist. Auch ein hoher Grad körperlicher (familiäre Disposition zu Unterleibsstörungen, hereditäre Neigung zur Obstipation) oder geistiger Anlage (kongenitale psychopathische Disposition) verschlechtert die Prognose in gleicher Weise wie das Auftreten des Leidens in schon verhältnismäßig jungen Jahren. In ganz besonderem Maße hängt diese jedoch, wie unten noch weiter ausgeführt werden soll,



von der finanziellen Position der Betroffenen ab. Aber auch sonst bieten die Neigung zum häufigen Wechsel der Ärzte, das Haschen nach immer neuen Mitteln und die sonstigen unverständigen Maßnahmen, auf die der Patient verfällt, so starke Hindernisse für eine erfolgreiche Behandlung, daß diese zu den schwersten Aufgaben des Arztes gehört.

Auch in den nicht völlig heilbaren Fällen, sind übrigens Remissionen von kürzerer oder längerer Dauer nichts Seltenes. Es genügt dann aber schon eine Beeinflussung durch Persönlichkeiten, Vorgänge oder Vorstellungen, die auf irgend einem unkontrollierbarem Wege Zugang zu dem Ideenkreise des Patienten fanden, um die bisher erzielten Resultate in Frage zu stellen.

Die starken Angstgefühle, von denen die Hypochonder heimgesucht werden, können sie unter Umständen zu Handlungen treiben, die wie Arndt[1]) sagt, „in grellem Widerspruche zu dem stehen, was sie bisher trotz der sonst verloren gegangenen Tatkraft mit unverkennbarer Beharrlichkeit anstrebten. Trotz aller Liebe zum Leben, aus dem heraus sie eigentlich alles das tun, was sie charakterisiert, suchen sie ihren Qualen mitunter ein jähes Ende zu machen und legen Hand an sich selbst. Zum Glück vergreifen sie sich dabei vielfach in der Wahl der Mittel oder es fehlt ihnen an der Energie, den begonnenen Versuch zu Ende zu führen, so daß sie wenigstens für das eine oder das andere Mal noch mit blauem Auge davon kommen."

Die alte Anschauung, daß das Auftreten von Gichtanfällen bei arthritischer Anlage, ferner von Wechselfieber nach Infektion von Malaria und auch das Überstehen von gastrischen Fiebern und Typhen hypochondrische Zustände zu beseitigen vermag, gründet sich auf Tatsachen. Daß auch ein psychischer Faktor bei diesen Heilungen eine Rolle spielt, ist eine naheliegende Annahme.

Weit ungünstiger aber noch ist die von der einfachen Hypochondrie wohl zu unterscheidende „paranoische Hypochondrie" zu beurteilen. Diese ist meines Erachtens durchaus nicht wie das vielfach auch heute noch von namhaften Psychiatern — im Gegensatz zu Kraepelin und seiner Schule — angenommen wird, ein (besonders schweres) Stadium der bisher geschilderten Form neurasthenischer Psychopathie, in das diese bei protrahiertem Verlauf langsam übergeht, sondern lediglich eine Modifikation der „Verrücktheit", die gleich deren sonst zu beobachtenden Erscheinungsformen niemals den sie charakterisierenden Kern der Verfolgungsidee vermissen läßt.[2]) Rein äußerlich gewissermaßen unterscheidet sich diese Abart der Paranoia von deren in anderen Gewande uns entgegentretenden Typen, daß im Zentrum der krankhaften Vorstellungswelt auch hier Reflexionen über die Vorgänge am eigenen Körper stehen. Schon wegen der verschiedenen Genese der Wahnvorstellungen, der Differenzen in ihrer Beein-

[1]) R. Arndt, Hypochondrie. Eulenburgs Real-Encyclopädie. I. Aufl. Bd. VII. 1881.

[2]) F. C. R. Eschle, Paranoia, Eulenburgs Real-Encyclopädie IV. Aufl. Bd. IX, 1911. — Derselbe, Grundzüge der Psychiatrie. Berlin und Wien 1907 Urban u. Schwarzenberg. p. 160 ff u. p. 85 ff.



flußbarkeit und der dementsprechend ganz anderer Gestaltung und Verlauf, Prognose und Therapie darf die neurasthenische Form der Hypochondrie mit der paranoischen nicht zusammengeworfen werden.

Auch der Paranoiker verliert ja trotz der im übrigen dauernd oder wenigstens für eine überaus lange Zeit bewahrten Integrität seines Intellektes bei der fortschreitenden Einengung des psychischen Lebens auf den wahrhaften Ideenkreis diesem gegenüber jede Objektivität. Aber er wird durch seine bis zum verbohrtesten Eigensinn gesteigerte Beharrlichkeit — dem Gegenteile der bei der einfachen Hypochondrie so auffällig im Vordergrunde des Bildes stehenden, „perseverativen Insuffizienz" — nicht nur zu ganz absurden, vom medizinischen, aber auch schon rein physikalischen Standpunkte aus unmöglichen Interpretationen seiner Sensationen geführt, sondern diese imponieren ihm, mehr oder weniger unter Konkurrenz von Größenideen mit den Verfolgungsvorstellungen, auch als boshafte Machinationen seiner Gegner, weil sie sich nur so in das die Verrücktheit dokumentierende wahrhafte System einfügen.[1])

Der Paranoische hält sich nicht bloß für „krank", sondern für „krank gemacht", sein Leiden nicht für natürlich, sondern für künstlich, er fürchtet auch im Grunde nicht so sehr den schlimmen Verlauf der von ihm irrtümlich beobachteten Erscheinungen, durch die er sich mehr geärgert als dauernd und tiefgehend deprimiert fühlt und gegen die er sich nach Kräften wehrt, als die hinter jenen zu suchenden tückischen Machenschaften seiner ränkespinnenden Feinde, die keine Mittel und Wege, auch die ungewöhnlichsten unversucht lassen, um ihn von seinem Piedestal vermeintlicher Größe und Vollkraft herabzustürzen.

So kommt es, daß gerade diese Form mitunter auch den „Schwängerungswahn", zeitigt, der nichts mit dem „hysterischen Schwangerschaftswahn" zu tun hat, aber an sich auch durchaus nicht auf dem Nährboden eines echten paranoischen Systems angewiesen ist, sondern auch auf dem dementer Zustände erwachsen kann, denen oft genug absurde hypochondrische Ideen, recht häufig in Verbindung mit Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen — meistens allerdings als mehr oder weniger schnell vorübergehende Erscheinungen — eigentümlich sind.

Pflegt doch in ganz besonderem Maße auch die progressive Paralyse, namentlich in ihren Anfangsstadien und in ihren depressiven Formen hypochondrische Wahnideen und zwar solche von oft ganz ungeheuerlicher Art aufkommen zu lassen. Das gleiche gilt für gewisse Formen der Dementia praecox, für das präsenile Irresein und die Anfangsstadien der Altersdemenz.

Interkurrent kommen hypochondrische Zustände auch bei den auf der Basis des chronischen Alkoholismus erwachsenden Irreseinsformen (besonders bei der sogenannten „alkoholischen Verrücktheit") aber auch bei allen anderen „Neurosen" und bei den sich im Anschluß an sie ausbildenden Psychopathien vor: bei der Epilepsie vor Ausbruch des Anfalls[2]) im Verlaufe der traumatischen

---

[1]) v. Krafft-Ebing. Lehrbuch d. Psychiatrie. 2. Aufl. Stuttgart 1883. Ferd. Enke.

[2]) Ziehen l. c.



Neurose[1]) und ganz besonders, wie schon erwähnt, auch bei der Hysterie vor.

Auch für die Hysterie, bei der schon die Unzahl der hier in Erscheinung tretenden sensorischen, motorischen und sekretorischen Anomalien so bequeme Anknüpfungspunkte für hypochondrische Vorstellungen bietet, läßt sich sagen, was oben schon für die hypochondrische Form der Paranoia betont wurde, daß hier das Bild weder durch Darniederliegen jeder Willensenergie noch durch eine tiefergehende und erhaltende, keinesfalls durch eine primäre Depression beherrscht wird. Die zeitweilig zur Schau getragene Verzweiflung hat immer etwas Theatralisches und schließt eine energische, oft nur allzu energische Initiative nicht aus, so sehr die Beharrlichkeit und Nachhaltigkeit bei den getroffenen Gegenmaßregeln in der Regel auch viel zu wünschen übrig läßt.

Grundsätzlich zu trennen aber sind die hypochondrischen Vorstellungen von den Zwangsvorstellungen der „Nosophobie", die die ganz allgemeine Befürchtung zum Objekt haben, sich durch dieses oder jenes Handeln resp. Unterlassen eine Krankheit zuziehen zu können.

* * *

Die ganze Therapie der Hypochondrie gipfelt in den Aufgaben, den Kranken mit dem wahren Wesen seines Leidens bekannt zu machen und seine moralische Kraft zu heben.

Um nun zunächst den etwa bestehenden Kausalnexus zwischen wirklich vorhandenen Funktionsanomalien und den falschen Auslegungen ergründen und so die krankhaften Befürchtungen des Patienten auf ihr richtiges Maß zurückführen zu können, darf vor allem eine äußerst eingehende und gewissenhafte Untersuchung — und zwar eine solche des ganzen Körpers — gerade hier niemals versäumt werden. Und niemals hat man mehr Anlaß, als bei dieser Krankheit, allen Klagen des Kranken — und wenn sie auf den ersten Blick noch so unbegründet erscheinen — Beachtung zu schenken.

Wie sehr man sich aber davor hüten muß bei der Exploration des Hypochonders dessen Angabe über die Ursachen des Leidens, besonders den so gewöhnlichen Selbstanklagen wegen verübter Ausschweifungen, Onanie usw. und ihrer Herbeiziehung als kausaler Momente unbedingten Wert beizulegen, bedürfte eigentlich kaum der Erwähnung, wenn man nicht täglich die Erfahrung machte, in welchem Umfange in dieser Hinsicht selbst seitens erfahrener und mit den Verhältnissen des Lebens vertrauter Ärzte hiergegen gefehlt wird, sobald irgend eine vorgefaßte Meinung oder eine zur Zeit verbreitete und beliebte Theorie in Frage kommt.

Um eine Wiederholung der vom Patienten gewünschten Untersuchung kurzerhand abzulehnen, was oft das beste wäre, muß man seine Gründe und, um ihn mit dieser Ablehnung zu versöhnen, eine gewisse Diplomatik zur Verfügung haben, falls man sich nicht auf einen

[1]) F. C. R. Eschle. Der traumatische Shock und andere Formen der Kinetose. Fortschr. d. Medizin 1912. No. 18—19.

bedeutenden Ruf zn stützen in der angenehmen Lage ist, Nur die Schroffheit von Autoritäten wirkt an sich suggestiv, in anderen Fällen muß erst ein unbegrenztes Vertrauen des Patienten erworben sein. Und wegen der „perseverativen Insuffizienz“ des Hypochonders ist das gerade diesem gegenüber nicht so leicht. Jedenfalls befolge man den auch von Ziehen[1]) betonten Grundsatz, neuen Klagen wieder durch eine entsprechende gründliche, aber womöglich einmalige Untersuchung zu begegnen.

Wie die Untersuchung stets in einer Weise vorgenommen werden muß, daß die Aufmerksamkeit des Kranken nicht noch mehr auf die Anknüpfungssymptome hingelenkt wird, gilt der gleiche Grundsatz auch für die Therapie. Die Rachenkatarrhe, die Hämorrhoidalbeschwerden mit ihren Folgen, die sonstigen Anomalien in der Funktion des Darms, des Magens, des Urogenital- und besonders auch des Zirkulationsapparates sind allerdings mit aller Sorgfalt zu behandeln, so geringfügig sie im Verhältnis zu den Beschwerden bei anderen Patienten mit gleichen Leiden auch sein mögen. Nur zu viel Wesens sollte man davon nicht machen, ebensowenig aber, wie Arndt[2]) treffend bemerkt, sich der trügerischen Hoffnung hingeben, mit der Beseitigung dieser Beschwerden nun auch die Hypochondrie beseitigt zu haben. Stets muß man daran denken, daß man es trotz ihrer Provokation durch körperliche Anomalien mit einer tieferen Funktionsstörung zu tun hat, deren Sitz das Zentral-Nervensystem ist.

Besondere Aufmerksamkeit ist der Regelmäßigkeit der Defäkation zuzuwenden, nicht nur weil die Hypochonder besonders zur Obstipation und Hämorrhoidalbeschwerden, wie schon mehrfach erwähnt, neigen, sondern auch weil es fest steht, daß ihr Zustand durch eine auch nur kurze Stuhlverstopfung in ganz besonderem Maße verschlimmert wird. Dabei kann der Arzt der inneren Neigung gerade dieser Kranken für Pillen, Latwergen und komplizierte Arzneiformen anfänglich sehr wohl einige Konzessionen machen, da es ihm zunächst ja um die Herbeiführung regelmäßiger Entleerung zu tun ist. Schon mit Rücksicht auf die meistens vorhandenen Hämorrhoiden sind jedoch die salinischen Abführmittel hier meistens vorzuziehen. Jedenfalls dürfen auch diese nicht zulange fortgebraucht werden. Überhaupt kommt es noch mehr darauf an, den Darm zur Pünktlichkeit in seiner ausscheidenden Funktion zu erziehen als darauf, in zu einseitiger Berücksichtigung der oben erwähnten verschlimmernden Wirkung auch vorübergehender Verstopfung zeitweilig Stuhlgang um jeden Preis zu erzielen. Auf dem Wege einer rationellen Diätetik, namentlich durch eine abwechslungsreiche Gestaltung der Kost — trotz notwendig werdenden Beschränkungen und namentlich durch Rücksichtnahme auf den erforderlichen Gehalt an Bestandteilen, die die Peristaltik ohne übertriebene Reizung anregen („leichtere Gemüse, Obst in frischem, gekochtem und auch gedörrtem Zustande, Sauermilch, Dickmilch, Buttermilch als Zwischen- oder Beigabe zu den Hauptmahlzeiten verabreicht) wird man, nachdem den anfänglich in den Vordergrund tretenden Gesichtspunkten Genüge geschehen ist, schließlich meistens auch hartnäckigere Formen habitueller Obstipation Herr werden.

[1]) Ziehen l. c.
[2]) Arndt l. c



Auch bei der Bekämpfung der ausnahmslos vorhandenen Hyperästhesie, die als wichtige therapeutische Indikation zu der Berücksichtigung dieser und anderer „Anknüpfungskrankheiten" hinzutritt, spielt die Diät eine Hauptrolle, indem auch sie ihrerseits dafür sorgt, daß alles in Wegfall kommt, was die Überempfindlichkeit und Reizbarkeit irgendwie unterhalten oder gar vermehren könnte. Die Aufmerksamkeit, wie man sie nach dem obigen der Darmfunktion zu widmen hat, muß sich auch auf die Regelung der gesamten Verdauungstätigkeit und die Rücksichtnahme auf alle ihre Faktoren erstrecken. Die Kost soll sich deshalb zwar durchaus in dem Rahmen sogenannter Hausmannskost halten, nicht zu gewürzreich sein und übertriebener Raffinements entbehren, aber sie darf auch möglichst von blähenden Bestandteilen frei sein. Dazu gehören die Kohlarten, Zwiebeln, selbst das in der Diätetik des Laien eine so große Rolle spielende Grahambrot. Der Tee- und Kaffeegenuß muß, wenn nicht ganz verboten, so doch eingeschränkt werden. Wegen der stopfenden Wirkung des Kakaos sind Milch und besonders die schon oben erwähnte Buttermilch, ferner Kefyr, Kumys neben den natürlichen Mineralwässern oder in zweckmäßiger Kombination mit ihnen am meisten zu empfehlen. Aus den gleichen Gründen wie der Kakao und wegen der vorwaltenden Neigung zur Unterleibsplethora verbietet sich auch der Rotwein, ebenso aus den letzgenannten Gesichtspunkten auch der Biergenuß. Aber prinzipiell sollte man meiner Ansicht nach die Alkoholika, speziell kräftige Weißweine nicht ausschließen, zumal sie abends vor dem Schlafengehen in mäßigen Grenzen verabreicht, viel dazu beitragen die hartnäckige Agrypnie zu bekämpfen und auch wohl die Sorgen verscheuchen, die sich sonst nach Aufsuchen des nächtlichen Lagers bei allen an Depressionszuständen Leidenden mit Vorliebe einstellen. Gegen die krankhafte Gasbildung im Verdauungstraktus bewähren sich die bekannten Karminativa (Fenchel, Anis, Kümmel, Pfeffermünze, Melisse in Teeform) sowie die Kataplasmen auf den Unterleib. Auch die Mittel aus der Reihe der Antispasmodika (Castoreum, Valeriana, Asa foetida, Acidum Halleri), von denen heute bedauerlicherweise nicht mehr viel Gebrauch gemacht wird, können im Einklange mit allen Erfahrungen (und zwar wohl nicht bloß suggestiv) von Nutzen sein. Früher standen die sogenannten Kaempfschen Viszeralklistiere, mittels deren Teeaufgüsse von aromatischen und Bitterstoffe enthaltenden Kräutern per rectum infundiert wurden, gegen hypochondrische Zustände in ebenso großem Ruf wie die gewöhnlich im Frühjahr methodisch ausgeführten Kräutersaftkuren mit ihrer krampfstillenden und doch den Darm leicht anregenden Wirkung. Ähnliches wird ja auch wohl durch die Karlsbader und Marienbader Quellen bei Individuen mit gleichzeitiger Unterleibsplethora erreicht. Der Aufenthalt in Badeorten pflegt jedoch aus anderen Gründen (vorwiegender Umgang mit Leidenden und die Bevorzugung des Themas „Krankheit" als Gesprächsstoff) für den Hypochonder in ganz besonderem Maße Unzuträglichkeiten im Gefolge zu haben.

Was im übrigen die medikamentöse Behandlung anbetrifft, so kann ungeachtet der oben erwähnten Maßnahme die Verabreichung von Schlafmitteln, wenigstens am Anfang der Behandlung, nicht völlig entbehrt werden. Trotz der Langwierigkeit des Verlaufs, die eine gewisse Scheu vor der Anwendung des Morphiums und seiner



Salze einigermaßen rechtfertigt, wird dieses Mittel in der Hand des vorsichtigen und energischen Arztes. der zur rechten Zeit Einhalt zu gebieten weiß, bei ausschließlich innerlicher Darreichung und in individuell erprobter Dosis oft jede andere Medikation an Wirksamkeit übertreffen.

Der Hypochonder sollte, wie jeder Deprimierte recht viel schlafen. Und stellt sich die Neigung zum Schlaf spontan ein, sollte ihr in jedem Falle nachgegeben werden. Es ist auch ein Vorurteil, wie Arndt[1]) auch meiner Beobachtung nach sehr richtig bemerkt, daß wer sich ihm tagsüber hingibt, dies immer auf Kosten des Nachtschlafes tue: „Gesunde Menschen, zumal jüngere, können schlafen, wenn sie wollen und wo sie wollen. Die Erfahrung lehrt, daß, wenn Leute, die an anhaltender Schlaflosigkeit gelitten haben, zu schlafen anfingen, sei es auch mitten am Tage, sie bald auch des Nachts gut schliefen . . . . Die Kranken lernen damit gleichsam wieder schlafen."

Die angelegentlichste Aufgabe für den Arzt gerade bei diesen Leiden aber muß es sein, psychisch auf seinen Patienten einzuwirken.

„Den Kranken deren Intelligenz außer allem Zweifel steht", sagt Rosenbach[2]) ist zunächst die Überzeugung beizubringen, daß das Leiden nur von gewissen, mehr oder weniger festhaftenden falschen Vorstellungen ausgeht. Und sobald das wirklich erkannt wird, muß vor allem der Versuch gemacht werden, den Vorstellungskreis mit anderen Ideen zu erfüllen." Die ganze psychische Theorie gipfelt hier, wie auch Ziehen[3]) aus dem großen Schatze seiner Erfahrungen heraus betont, in der Gewöhnung an einer objektive Tätigkeit, sowohl in körperlicher, wie in geistiger Hinsicht.

Das erfordert natürlich ein eingehendes Studium der Kranken und eine Analyse seiner ganzen Persönlichkeit. Denn nur so ist sein Interesse für irgendeine, seinen geistigen Fähigkeiten, seinem Bildungsniveau und seinem körperlichen Kräftezustande entsprechenden Form ernster Arbeit zu finden. Diese soll ihn aber voll in Anspruch nehmen und ihm keine Zeit zum Grübeln lassen. Auf Übung und Abhärtung durch zielbewußte Steigerung der Anforderungen muß dabei Bedacht genommen werden. Niemals darf eine Tätigkeit bis zur stärkeren Ermüdung, geschweige denn bis zur Erschöpfung fortgeführt werden. Arbeits- und Ruhezeiten sind deshalb nicht schematisch, sondern unter kritischer Registrierung des Erfolges und daraus sich ergebender fortwährender Korrektur der Anordnungen zu regeln. Die Internierung in Irrenanstalten wird deshalb meistenteils schädlich sein, wenn auch nicht so schädlich wie die Befolgung des so oft gegebenen Rates, dem Kranken „Zerstreuungen" zu verschaffen, habe man dabei Reisen, Bäderbesuche oder auch nur die oft in wirklich unbedachter Weise empfohlenen Spaziergänge im Auge. Die Wohltat einer Bewegung in frischer Luft, die man allerdings dabei wohl ausschließlich im Auge hat, muß bei dem bloßen „Spaziergehen" reichlich durch den Mangel jeder Ablenkung von den trüben Gedanken aufgehoben werden, in die sich alle an Gemütsdepression Leidenden so gern und

[1]) R. Arndt l. c.

[2]) O. Rosenbach, Grundlagen. Aufgaben und Grenzen der Therapie. Berliner Klinik 1890. H. 5.

[3]) Th. Ziehen l. c.



so intensiv gerade auf Spaziergängen versenken. „Nur nicht das ziellose Umhergehen allein" sagt Arndt[1]), „bei dem das Schweigen in den gewohnten Gedankenkreisen ganz so regelmäßig stattfindet .... Viele Personen gehen nur spazieren, um sich einem solchen Schwelgen, der Lust ihrer Träume zu überlassen". Aber das gilt nicht allein für die einsamen Spaziergänge, wenn auch für diese in besonderem Maße; selbst auf solchen in Begleitung Anderer beschäftigt sich der Hypochonder, den die Vorgänge im Milieu gar nicht interessieren, der auf die Äußerungen seiner Begleiter gar nicht hinhört, wenn nicht sein Lieblingsthema, das eigene Leiden, angeschlagen und ihm damit eine Nahrung für seinen Wahn geboten wird, doch innerlich fortgesetzt nur mit seinen Befürchtungen.

Eine Regelung der Tätigkeit, wie sie oben als ideale Forderung aufgestellt wurde, läßt sich nun — leider nur in Ausnahmefällen — durchführen schon mangels geeigneter Persönlichkeiten, die die geistige Führung auf diesem dornenvollen Pfade zu übernehmen gewillt und befähigt, außerdem aber auch in der Lage sind, über die hinreichende Zeit zu verfügen und dafür kein Äquivalent verlangen zu müssen, dessen Gewährung über die finanziellen Kräfte des Kranken oder seiner Angehörigen geht. In der Regel wird man sich mit der Empfehlung eines Sportes begnügen müssen. Am besten hat sich dabei im Gegensatz zur Ausübung der Jagd noch der Segel- oder Rudersport, das Reiten und nicht in letzter Linie das Selbstkutschieren bewährt. Aber man wird sich nicht verhehlen dürfen. daß auch diese Zweige des Sports nur für Mitglieder sehr gut situierter Kreise in Betracht kommen. Der Hypochonder aus Arbeiterkreisen oder dem sogenannten „kleinen Mittelstande", der Handwerker, der untere und mittlere Beamte, der Gewerbetreibende, der nicht zu den Vertretern des Großkapitals zählt, bleibt auf die Behandlung in einer Anstalt angewiesen. Das wird schließlich immer wieder schon mit Rücksicht auf den Kostenpunkt die öffentliche Irrenanstalt sein, in der im übrigen vom Gesichtspunkte der Internierung aus eigentlich nur für den hypochondrisch Verrückten und auch für diesen nur zeitweise der Aufenthalt dringend geboten sein kann.

Und hier wird sich die Behandlung trotz des unverkennbaren Vorzuges, daß sie in die Hände psychiatrisch und psychologisch geschulter Ärzte mit allem Verständnis für das Leiden gelegt ist, unter den jetzigen Verhältnissen aus rein äußeren Gründen schließlich auch immer mehr oder weniger schematisch gestalten. Aber wenigstens wird mit einer derartigen Unterbringung so gut wie wohl kaum irgendwo anders einer wichtigen Indikation Rechnung getragen: Der Suizidgefahr, die trotz der oben geschilderten Einschränkungen in gewissem Grade doch immer besteht. Denn Selbstmorddrohungen sind nach Ziehen beim Hypochonder immer ernst zu nehmen, auch dann, wenn die Kranken stundenweise heiter sind.

[1]) R. Arndt l. c.

Referate und Besprechungen.

Allgemeine Pathologie u. path. Anatomie.

T. Bodley Scott, Abnormer Blutdruck vom klinischen Standpunkt. (Practitioner Bd. 89, H. 2.)

Scott empfiehlt, bei allen Herz- und Nervenkrankheiten den Blutdruck aufzunehmen, da das Resultat oft überraschend sei; so finde man z. B. bei Herzschwäche älterer Leute gewöhnlich erhöhten Blutdruck, wo es dann verkehrt sei das Herz anzutreiben, und bei „Neurasthenie" gewöhnlich erhöhten oder erniedrigten Blutdruck, der einen guten Anhalt für Beseitigung von Schwindel, Kopfweh usw. gebe. Als Medikament zur Erniedrigung des Blutdrucks verwendet Scott mit Vorliebe hippursaures Ammoniak oder Lithium, deren Wirkung nach Haigschen Prinzipien ganz wohl verständlich, aber schwerlich den zahlreichen ähnlichen Mitteln überlegen ist (ca. 0,2 bis 0,25 Lithiumhippurat oder 0,35—0,4 Ammoniumhippurat täglich). Rationell erscheint die Medikation nicht gerade, da die Hippursäure der Harnsäure, die beim veränderten Blutdruck eine große Rolle spielt, nahe verwandt ist.

Scott rät, alte Leute mit hohem Blutdruck in Frieden zu lassen, da man sie sonst nur unglücklich mache; niederen Blutdruck behandelt er mit Suprarenin, von dem er aber mit Erstaunen konstatiert, daß es auch gerade bei hohem Blutdruck erniedrigend wirke wie eine Morphiuminjektion.

Während sonst die Engländer die Blutdrucksanomalien mehr durch Lebensweise und Diät zu beseitigen lieben, zeichnet sich Scott (sicherlich nicht zu seinem Vorteil) durch Vorliebe für Medikamente aus.

Fr. von den Velden.

Innere Medizin.

Cattoretti (Turin), **Bantisches Symptom bei Infantilismus, Heilung mit Salvarsan.** (Arch. per le Scienze Mediche 1912, No. 2—3.)

Das Wort „Heilung" ist in diesem Falle mit Vorsicht aufzufassen, denn es bezieht sich eigentlich nur auf das Verschwinden der Wassermannschen Reaktion. Der junge Mann, Sohn einer schwindsüchtigen Trinkerin, war in der körperlichen, aber nicht in der geistigen Entwicklung stark zurückgeblieben, hatte eine stark vergrößerte Milz, etwas vergrößerte Leber, Mitralstenose und war anämisch. Auf Grund des positiven Wassermann wurden drei Salvarsaninjektionen gemacht, welche den Wassermann zunächst nicht veränderten, aber den Hämoglobingehalt und das Körpergewicht — unter Mitwirkung der Hospitalpflege — vermehrten. Bei der ein Jahr nach der Entlassung vorgenommenen Nachuntersuchung war der Wassermann negativ, der Mann zwar etwas weniger infantil, bot aber noch beinahe ganz den Anblick wie vor der Behandlung, die Milz war etwas verkleinert, aber noch immer sehr stattlich.

Auseinandersetzungen über die verschiedenen Abarten und die Umgrenzung der Bantischen Krankheit, mit jugendlichem Redefluß geschrieben, sind vielleicht für manchen Internisten älterer Observanz von Interesse.

Fr. von den Velden.

Taylor, Seymour (London), **Über die schweren Herzklappenfehler.** (Practitioner Bd. 89, H. 2.)

Aus dem Aufsatz sei nur hervorgehoben, daß Taylor bei der Mitralstenose den Aderlaß empfiehlt, und zwar nicht nur beim Auftreten schwerer Kompensationsstörung, sondern sobald die unteren Lungenpartien und die Leber Zeichen von Kongestion darbieten. Hier macht er von Zeit zu Zeit



mit gutem Erfolg einen Aderlaß, während andere es vorziehen, Blutegel über der Leber anzusetzen. Den Aderlaß hält er bei der Mitralstenose für gerade so wichtig und wirksam wie die Digitalis, die er im Anschluß an den Aderlaß anzuwenden pflegt. Fr. von den Velden.

Thorne, R. Th., Die häusliche Behandlung von Herzkranken mit Nauheimer Bädern. (Practitioner Bd. 99, H. 2.)

Thorne beweist durch Mitteilung zahlreicher Fälle, daß man Resultate wie die Nauheimer auch zu Hause mit warmen Bädern, denen Kochsalz, Calciumchlorid und Kohlensäure (Sandow) zugesetzt ist, und die durch Bettruhe nach dem Bade und vollständige geschäftliche Ausspannung und etwas Muskelübung ergänzt sind, erreichen kann. Was die Art der Wirkung betrifft, so schließt er sich der allgemeinen Meinung an, daß sie durch Dilatation der peripheren Gefäße und Entlastung des Herzens zustande kommt. Es ist schwer zu verstehen, wie eine Gefäßdilatation, die anfangs nur 4 Minuten in zwei Tagen dauert, solche Wirkungen hervorrufen soll. Es gibt Nauheimer Ärzte, die unter vier Augen zugeben, daß ihre Kur eine „Zehrkur" sei, d. h. auf vermehrten Zerfall von Körpermaterial beruhe, wobei natürlich das dem Körper nicht adäquate, mangelhaft assimilierte Material am stärksten zerfällt. Außerdem ist der Genius loci, die ungeheure Gesundheitssuggestion des Ortes, sowie auch die hohen Preise von hervorragender therapeutischer Wirkung. Thorne zeigt, daß diese Suggestion auch auf weite Ferne wirkt, wenn der Kranke das Bewußtsein hat, daß die Nauheimer Kur recht täuschend nachgeahmt wird.

Was die Auswahl der Fälle betrifft, so erklärt Th. das dilatierte und fettig degenerierte Herz für dasjenige, bei dem die Behandlung am sichersten nützt; ferner solche Klappenfehler, die nur auf einer Erschlaffung des Herzens beruhen. Ungeeignet sind die Bäder für Klappenfehler der gewöhnlichen Art, fibröse Degeneration des Herzmuskels und schwerere Arteriosklerose des Gefäßsystems, besonders bei Trinkern.

Fr. von den Velden.

G. Newton Pitt, Die Herzbeutelverwachsung. (Practitioner Bd. 89, H. 2.)

Die Verwachsung des Herzbeutels mit dem Herzen ist weniger wichtig als seine Verwachsung mit der Umgebung. Wenn einige Monate nach Beginn der Perikarditis das Herz noch vergrößert und mit dem Herzbeutel verwachsen ist, so ist anzunehmen, daß diese Sachlage sich nicht mehr bessert. Der Herzbeutel wird hart und unelastisch, wenn man die Kranken zu frühe aufstehn läßt, andernfalls bleibt er elastisch und macht geringe Störungen. Eine schwere Herzbeutelverwachsung macht viel stärkere Symptome als ein Klappenfehler, und viele Fälle von Ascites und Ödem bei intakten Klappen sind auf sie zurückzuführen. Es kommen dabei Vergrößerungen des Herzens auf das fünffache Gewicht vor. Auch die Atmung wird durch Herzbeutelverwachsung beeinträchtigt.

Ein großer Fehler ist es, Kranke, zumal Kinder, mit akutem Gelenkrheumatismus und ergriffenem Herzen zu frühe aufstehn zu lassen. Sehr oft entwickeln sich hier Perikardverwachsungen, die sich dann viel weniger leicht bessern als Klappenfehler; hält man dagegen die Kranken monatelang im Bett, so pflegen selbst schwere Fälle von Perikarditis sich so zu bessern, daß die Kranken wenigstens für Jahre keine Symptome bieten und körperlich arbeiten können.

Pitt erklärt die akute Perikarditis für bei weitem die schwerste Herzerkrankung der Kindheit. Bettbehandlung ist die Hauptsache, über Jodkali, Quecksilber und Fibrolysin spricht er sich sehr zweifelnd aus. Bei ausgebildeter Verwachsung kann nur Ruhe und in einzelnen Fällen die Kardiolyse (Resektion der Sternalpartien der 3.—6. Rippe) nützen, die zuweilen die Beschwerden beseitigt, aber selten zur Arbeitsfähigkeit führt. Da die Operation nur bei sehr Kranken in Betracht kommt, die aber doch nicht so krank sein dürfen, daß sie sie nicht überstehen, so ist ihr Gebiet sehr klein. Fr. von den Velden.



Glücksmann, Die Simulation und Übertreibung von Krankheiten der Verdauungsorgane. (Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1911, XVII. Jahrg., Nr. 21.)

Bei den Krankheiten der Verdauungsorgane ist Simulation verhältnismäßig selten, Übertreibung unendlich häufig. Eigene Mittel zur Entlarvung gibt es nicht. Die ärztliche Handhabe beschränkt sich auf einen genauen Vergleich der subjektiven Angaben mit dem objektiv festzustellenden Befunde, und den Erfolg oder Mißerfolg therapeutischer Maßnahmen. Niemals zu vergessen ist aber, daß der begutachtende Arzt stets auch Gefahr läuft, mangels objektiv nachweisbarer Symptome die Angaben des Patienten zu gering einzuschätzen. H. Pfeiffer-Graz.

Kooperberg (Amsterdam), **Magenkarzinom nach Lendenwirbelfraktur.** (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1911, Nr. 10.)

Der Zusammenhang wurde abgelehnt in Anbetracht der noch immer unbekannten Ursache des Krebses, des langen Zeitverlaufes zwischen Unfall und Offenbarung der Krankheit, der nicht nachgewiesenen Kontinuität der Erscheinungen, des ersten nicht einmal ärztlich festgestellten Auftretens von Blutbrechen erst gut drei Jahre nach dem Unfall.

M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Pach, Senile oder traumatische Kyphose? (Ärztl. Sachverständigen-Zeitg. 1911, XVII. Jahrg., Nr. 20.)

Ein 54 jähriger Arbeiter verunfallt, indem er 4 m hoch auf die Fußsohlen auffällt. Im Anschluß an das Trauma entwickelt sich im Verlaufe von annähernd 2 Jahren unter zunehmenden rheumatischen Schmerzen eine Kyphose der Lendenwirbelsäule, ohne daß zuerst klinisch eine Verletzung der Wirbelsäule nachweisbar gewesen wäre. Im Gutachten wird die Entstehung der Kyphose mit dem Unfalle in genetischen Zusammenhang gebracht. Daß anfänglich eine Verletzung klinisch nicht nachweisbar war, widerspreche dem nicht. H. Pfeiffer-Graz.

Basskow (Wülfrath i. Rhld.), **Ein Fall von Quetschungslungenentzündung.** (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1911, Nr. 10.)

Fall von rein kruppöser traumatischer Pneumonie mit völliger Wiederkehr der Erwerbsfähigkeit nach 4 Wochen.

M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Chirurgie und Orthopädie.

Secretan, W. B., Der chirurgische Shock. (Practitioner Bd. 89, H. 1.)

Die hauptsächliche Ursache des Schoks sind außer dem Betäubungsmittel die Exponierung des Peritoneums und Reizung wichtiger Nerven oder der männlichen Genitalien. Furcht und Kachexie vermehren die Gefahr. Das Sinken des Blutdrucks beruht auf Versagen des vasomotorischen Zentrums und Anhäufung von Blut im Pfortadergebiet. Das Herz hat erst in zweiter Linie schuld, weil es zu wenig Blut aus dem venösen Kreislauf erhält und sich vergeblich erschöpft. Außerdem hat man beim Shok zunehmende spezifische Schwere (Eindickung) des Blutes beobachtet.

Daher erklärt es sich, daß Herzstimulantia gewöhnlich ihren Zweck verfehlen. Salzwasserinfusionen, event. mit Adrenalinzusatz, Warmhaltung des Körpers, Hochlagerung der unteren Körperhälfte sind wirksamer.

Das Fasten und Abführen vor der Operation darf nicht übertrieben werden, S. rät sogar, 2—4 Stunden vor der Operation etwas leicht verdauliche Nahrung zu geben. Morphium kurz vor der Narkose verringert nicht nur den Verbrauch des Betäubungsmittels, sondern auch durch psychische Beruhigung die Gefahr des Shoks. Sollen große Nerven durchschnitten werden, so empfiehlt es sich, durch Injektion eines Lokalanästhetikums die Nervenleitung aufzuheben. Auch ist zu bedenken, daß scharfe Durchschneidung weniger leicht Schok herbeiführt als Quetschen und Zerren. Chloroform bringt leichter Schok hervor als Äther. Fr. von den Velden.



Müller, G. (Berlin). **Zwei Fälle von traumatischer Koxitis.** (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1911, Nr. 8.)

Die traumatische Koxitis unterscheidet sich von der typischen tuberkulösen dadurch, daß sie ohne Zerstörung des Gelenks und seiner Umgebung verläuft und niemals abszediert, während die Stellungsanomalien bei beiden Erkrankungen sich sehr ähnlich sind. Andere Unterscheidungsmerkmale sind: außerordentlich milder Krankheitsverlauf, kein Fieber, keine schwere Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, Besserung des Zustandes durch Massage und Bewegungstherapie bei der traumatischen Koxitis (letzteres auch im Anfangsstadium, wo bei der tuberkulösen Form eine solche Behandlung geradezu ein Kunstfehler wäre); Mitteilung zweier Fälle von traumatischer Koxitis, die sich zur tuberkulösen ungefähr ebenso verhält wie die Kümellsche Spondylitis zur tuberkulösen Spondylitis.

M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Meyersohn, Siegbert (Liegnitz), **Typische Frakturen bei Skiläufern.** (Wiener klin. Rundschau 1911, Nr. 13—15.)

Bei der großen Ausdehnung des Wintersports und des Schneeschuhlaufes ist es praktisch sehr interessant zu hören, daß auch hier gewissermaßen mit einer „Berufskrankheit" gerechnet werden muß. Vor allem kommt es oft zu Torsionsbrüchen der Tibia mit ausgedehnter Splitterung. Besonders die ungeübten Läufer überschlagen sich leicht und kommen zu Fall, während die Spitze des Skis im Schnee stecken bleibt. Durch die drehende Bewegung entsteht dann ein solcher Torsionsbruch. Auffallend ist, daß trotz der spitzen Fragmente dem Verfasser keine komplizierten Frakturen vorgekommen sind. Vielleicht liegt das daran, daß der Skiläufer durch die festen Wickelgamaschen, die er trägt, schon prophylaktisch eine Beinschiene mit sich führt. Die Erfolge bei der Behandlung dieser immerhin nicht ganz einfachen Brüche waren so gut, daß die Sportsleute meist schon im nächsten Winter wieder kamen und ungeschreckt durch ihr Mißgeschick den Schneeschuhlauf von frischem begannen. — Nächst der Tibia ist der Malleolus fibulae am meisten gefährdet, doch ist es nicht der altbekannte Knöchelbruch durch Umknicken des Körpers, sondern die Malleolenfraktur des Skiläufers kommt meist durch zu starke Supination des Fußes zu stande. Meist bleibt es beim Abriß der äußeren Knöchelspitze und der lokale Bruchschmerz muß neben dem Hämarthros die Diagnose sichern. — Der Verfasser bringt elf Krankengeschichten, die deutlich zeigen, wie regelmäßig die Mechanik der Verletzungen wiederkehrt.

Steyerthal-Kleinen.

Ogilvy, Ch. (New-York), **Der Torticollis, wichtige Punkte bei seiner Behandlung und eine neue Verbandmethode.** (Port-Graduate Bd. 27, No. 7.)

Ogilvy verwirft die früher übliche subkutane Durchschneidung des Sternumansatzes des M. sternocleidomastoideus, die mit der voraseptischen Zeit ihre Berechtigung verloren hat, zu gunsten der offenen Durchschneidung, besonders auch deshalb, weil es bei subkutanem Arbeiten schwer ist, die hintere Sehnenscheide zu durchschneiden und Nebenverletzungen zu vermeiden. Ist auch die Schlüsselbeininsertion verkürzt, so kann sie von derselben Hautwunde aus durchschnitten werden. Den lästigen und zeitraubenden Gipsverband erklärt er, falls die Operation gründlich ausgeführt ist, für überflüssig. Er verbindet nur mit großen Mengen von Gaze und Watte und läßt nach 10 Wochen den Verband fort.

Andere sind indessen, wie sich in der Diskussion zeigte, noch bedeutend radikaler. Roth (London) legt überhaupt nur einen kleinen Wundverband an, fixiert den Kopf in den ersten drei Tagen durch Sandsäcke und läßt dann den Operierten aufstehen und Übungen machen, zunächst passive, nach 8 Tagen aktive, die während 2—3 Monaten fortgesetzt werden.

Fr. von den Velden.



Liniger (Düsseldorf), Die Bewertung der Erwerbsfähigkeit bei Arm- und Beinamputationen . (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1911, Nr. 8.)

Zunächst wird hervorgehoben, daß der Begriff der Erwerbsunfähigkeit ein anderer im K.-V.-G., ein anderer im U.-V.-G., ein anderer im I.-V.-G. ist. Am besten erhellt der Unterschied daraus, daß jemand vollerwerbsfähig im Sinne des I.-V.-G., dagegen mit denselben körperlichen Veränderungen vollständig erwerbsunfähig, ja selbst hilfos im Sinne des U.-V.-G. sein kann. Hierfür werden einige gravierende Beispiele mitgeteilt. — Durch Gewöhnung kann ein sehr hoher Grad von Erwerbsfähigkeit selbst bei Verlust von ganzen Gliedern eintreten. Bei Verlust eines Armes wird selbstverständlich beim Rechtshänder der rechte Arm höher bewertet als der linke und zwar mit etwa 10—15 %, beim Linkshänder ist es natürlich umgekehrt; dagegen wird für den Verlust eines Beines, gleichgültig ob rechts oder links, dieselbe Rente festgesetzt. Es ist aber zu bedenken, daß bei Verlust des rechten Arms häufig im Laufe der Zeit derartige Gewöhnung an den Verlust eintritt, daß der linke Arm die Kraft und Geschicklichkeit des rechten erhält. — Mit der Herstellung tragfähiger Stümpfe gibt man sich oft noch zu wenig Mühe. — Zusammenstellung einer Reihe von Reichs-Versicherungs-Amts-Entscheidungen über Renten bei Extremitätenverlusten.

M. Schwab - Berlin-Wilmersdorf.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

v. Bardeleben, H., Beziehungen der Lungen zu den Genitalien bei tuberkulösen Frauen. (The Lancet. 1912, pag. 1751.)

Nach den Sektionsbefunden von Schlimpert sind bei Tuberkulose der Genitalien in 90 % auch die Lungen befallen, und die Genitaltuberkulose konnte von Albrecht in 73 % auf bestehende Lungentuberkulose zurückgeführt werden. Nach der Entfernung der tuberkulösen Genitalien können kleine Lungenherde zur Ausheilung gelangen. Während der Gestation sind die gegenseitigen Beziehungen zwischen den tuberkulösen Lungen und Genitalien noch viel innigere. v. B. konstatiert an dem Material von 14 Beobachtern, daß sich der Lungenbefund während und im Anschluß an die Schwangerschaft bei 71 % der Frauen verschlechtert; das Material von 19 Beobachtern ergab 47 % Todesfälle p. part. Man müsse jedoch unterscheiden zwischen latenter inaktiver und manifester Tuberkulose, dort 15, hier 90 % Verschlechterungen. Übergehend zur Therapie konnte v. B. zunächst feststellen, daß die einfache Entfernung des Eies, also der künstliche Abort, an diesem Zahlenverhältnis wenig ändert. Er sei mithin nur in den Fällen eines einfachen tuberkulösen Katarrhs am Platze und nur bis zum 4. Monat; da ergebe er eine Durchschnittssterblichkeit von $2^1/_2$ %. In allen anderen Fällen von Lungentuberkulose betrage dagegen die Sterblichkeit 50 %, wenn man den künstlichen Abort einleitet. Auf 20—25 % steigt die Sterblichkeit auch bei einfachem Katarrh, wenn man den Abort erst zwischen dem 5. und 7. Monat einleitet. Demnach sind also 2 Kategorien von Fällen direkt ungünstig: Fälle vom 5. Monat aufwärts auch bei günstigem Lungenbefund, und Fälle von ungünstigem Lungenbefund zu jeder Zeit der Schwangerschaft. Um besonders die erste Gruppe zu erklären, zieht v. B. die neueren Untersuchungen über Plazentartuberkulose heran. Bekanntlich wollen manche Autoren bei Lungentuberkulose in 70—80 % der Fälle eine Tuberkulose der Plazenta gefunden haben, zwar durchaus nicht immer in Form von spezifischen Gewebsveränderungen, aber es gelang, die Anwesenheit von Bazillen in den intervillösen Räumen nachzuweisen. Demnach sei die Plazenta als Locus minoris restistentiae zu betrachten, quasi als Ablagerungsstätte der im mütterlichen Blute kreißenden Bazillen. Man könne sich ferner vorstellen, daß bei der Ablösunng einer solchen mit Bazillen beladenen Plazenta auf einmal massenhaft Bazillen in die eröffneten mütterlichen Blutgefäße gelangen. Auf diese Weise ließen sich



zwanglos die vielen akuten Verschlechterungen im zeitigen und späteren Wochenbett erklären. Man könne sich vorstellen, daß bei latenter Tuberkulose im mütterlichen Blute keine oder nur wenige Bazillen im Blute kreisen; dann muß es längere Zeit dauern, bis sich in der Plazenta so viele Bazillen angesammelt haben, um, bei der Ablösung frei geworden, deletär zu wirken (Gefahr jenseits des 4. Monats bei latenter Tuberkulose); bei manifester Tuberkulose dürfe man dagegen annehmen, daß viele Bazillen im Blute kreisen, daß mithin in viel kürzerer Zeit viele Bazillen in der Plazenta abgelagert werden (Gefahr gleich von Anfang an bei manifester Lungentuberkulose). Diese Theorie, so bestrickend sie wirkt, muß allerdings erst noch praktisch als richtig erwiesen werden (Ref.). Wer an sie glaubt, muß logischerweise mit v. B. zu dem Schluß kommen, daß einzig und allein in der Ausschaltung der gefahrenschwangeren Plazentarstelle das Heil liegen kann. v. B. exzidiert demgemäß prinzipiell in jedem Fall von Lungentuberkulose den Fundus uteri und die Plazentarstelle. Bis zum 4. Monat macht er dies auf vaginalem, später auf abdominalem Wege. Die Technik ist bereits im Zentralbl. f. Gyn. 1911, Nr. 30 ausführlich geschildert worden. Bisher hat v. B. 40 mal vaginal und 8 mal abdominal operiert mit 3,3 % Mortalität. R. Klien-Leipzig.

Stephan, Siegfried, Die kongenitale Nierendystopie beim Weibe in klinischer und embryologischer Beziehung. (Aus der Univ.-Frauenklinik in Greifswald.) (Zeitschr. f. gyn. Urol. 1912, 3. Bd., 6. H.)

Unter Einrechnung von 4 selbstbeobachteten und ausführlich mitgeteilten Fällen konnte St. 86 Fälle (darunter 45 weibliche) sammeln, die einer näheren klinischen Beobachtung unterzogen worden waren. Nur 15 mal war die richtige Diagnose gestellt worden, während in 47 Fällen die dystope Niere unter falscher Diagnose operativ in Angriff genommen wurde; 8 mal wurde dabei das an sich gesunde Organ unnötigerweise exstirpiert. — Was die Anatomie betrifft, so ist nach St. der Unterschied zwischen kongenitaler und erworbener Dystopie nicht immer ein scharfer, es gibt eine Reihe von Übergangsfällen, so z. B. die Fälle von intermittierender Hydronephrose, bei welchen die Anfälle durch die Kreuzung des Ureters mit einer anomalen akzessorischen Nierenarterie ausgelöst werden. Im allgemeinen definiert St.: Der typische Ren mobilis weist morphologisch alle Kennzeichen der normal entwickelten Niere auf (Bohnenform usw.), der Hilus liegt median, aber infolge der im postfötalen Leben eingetretenen Senkung sind die sonst kurzen Blutgefäße zu einem langen schlaffen Strang ausgedehnt, während der Ureter eine Schlängelung oder Abbiegung erfahren hat, die Niere selbst kann an einer Art Mesonephron hängen. Die Nebenniere ist meist mit herabgezogen. Dagegen hat die primär, angeborene dystopische Niere mehr weniger embryonale Merkmale (Lappung), sie hat nie den fötalen Aszensus bis zur normalen Höhe vollendet, sie überschreitet häufig die Medianebene des Körpers und kann so eine Verwachsung mit der anderen Niere eingehen. Der Hilus liegt nach embryonaler Art meist nach vorn, die von den verschiedensten Richtungen kommenden, fast ausnahmslos multiplen Gefäße und der kurze Ureter geben die Ursache für die ganz geringe oder vollständig fehlende Verschieblichkeit der dystopen Niere. Die Nebennieren sind konstant an ihrem normalen Platz zu finden, also oft weit weg von der zugehörigen Niere. — Nach eingehender Würdigung der Symptomatologie (Unterschiede zwischen dem an sich gesunden und dem pathologisch veränderten dystopischen Organ) hält St. für die Diagnose vor allem wichtig, daß man an das nicht allzu seltene Vorkommen einer Nierendystopie überhaupt denkt, wenn es sich um einen nicht einwandfrei geklärten Fall von Abdominal- oder Beckentumor handelt. Allgemeinen Entwicklungsstörungen ist Aufmerksamkeit zu schenken. Bei der Untersuchung suche man das Leersein der entsprechenden Nierennische palpatorisch und event. perkussorisch nachzuweisen. Dann muß man wissen, daß die dystope



Niere besondere Prädilektionsstellen hat: die Artikulatio sakroilika, die Konkavität des Kreuzbeins, die Incisura ischiadica major und das Promontorium. In den weitaus meisten Fällen ist die dystopische Niere sehr wenig beweglich, ihre Gestalt nicht bohnenförmig. Nicht unwichtig ist auch, wenigstens bei an und für sich gesundem Organ, die durch 1—2 Minuten langes leichtes Kneten hervorzurufende sog. renal-palpatorische Albuminurie, die bereits nach 2—15 Minuten einsetzt. Mittels des Ureterenkatheterismus kann man die ungleiche Länge der beiden Ureteren feststellen, und mittels der Pyelographie ist man imstande, Lage und Gestalt des Nierenbeckens zu veranschaulichen. Pathologische Prozesse in der dystopen Niere kann man durch den Harnbefund und event. auch durch die Chromozystoskopie nachweisen. — Es wird sodann aufgezählt, mit was dystope Nieren verwechselt worden sind. — Therapeutisch wird man normale dystopische Nieren event. höher oben annähen (was bereits 7 mal mit Erfolg ausgeführt worden ist), wenn sie ausgesprochene Beschwerden machen. Zu einer Exstirpatiozn wird man sich nur dann entschließen, wenn die Höherverlegung nicht gelingt und die Beschwerden sehr starke sind. Natürlich muß der Nachweis einer zweiten normal funktionierenden Niere vorher erbracht werden. Stets wähle man als Weg die Laparotomie und gehe transperitoneal vor. Tritt in einem Fall von Nierendystopie Schwangerschaft ein, so wird man event. die künstliche Frühgeburt einleiten, wenn voraussichtlich die Niere ein Geburtshindernis verursachen wird (Becken- und Promontoriumniere). Sub partu kommen alle möglichen geburtshilflichen Operationen von der Zange bis zum Kaiserschnitt in Frage, nur nicht die Nephrektomie. —

Der letzte Abschnitt der sehr lesenswerten Arbeit beschäftigt sich mit der Entstehung und den Ursachen der Nierendystopie.

R. Klien-Leipzig.

Martin, A., Ueber die Zweckmäßigkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft im Verlaufe der Lungentuberkulose. (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge 1912, Nr. 247.)

Wie M. nachweist, hat in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Schwangerschaft einen unheilvollen Einfluß auf bestehende Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Bei manifester Lungenerkrankung, besonders auch bei stationär gewordener älterer Tuberkulose, erfolge in dem erschreckend hohen Prozentsatz von 60—100 % Verschlimmerung des Prozesses oder Tod. Bei latenter Tuberkulose sei der Todesprozentsatz ein viel kleinerer, 3½—6½ %, aber in einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatz werde aus der latenten Tuberkulose eine manifeste. Ob letzteres eintritt, hänge u. a. viel von der sozialen Lage der Betreffenden ab, von den während der Schwangerschaft, sub partu und im Wochenbett eintretenden Komplikationen. M. ist der Ansicht, daß in erster Linie das Fehlen einer korrekten Geburts- und Wochenbettsleitung die Verschlechterung der Tuberkulose herbeiführt. Bedeutet also auf jeden Fall die Schwangerschaft für eine tuberkulös Lungenkranke eine ernste Gefahr, so sind andererseits auch die Aussichten für Kinder solcher Mütter recht mäßige, 25—70 % Mortalität im ersten Lebensjahr hat man berechnet. Mithin sei es Recht und Pflicht, das Wohl der Mutter weit voranzustellen. — Bei manifester Lungenerkrankung empfiehlt M. prinzipiell die Schwangerschaft so früh als möglich zu unterbrechen, wenn es nicht anders sein kann, auch nach dem 4. Monat, nur müsse man Methoden anwenden, die schnell, unblutig und aseptisch auszuführen sind. Dann könne man bei wenig ausgedehnten Prozessen auf 83 %, bei schweren immer noch auf 25 % Heilerfolge rechnen. Anders solle man sich bei latenter Tuberkulose verhalten. Hier soll zunächst abgewartet werden, aber unter scharfer Kontrolle, so daß man sofort aktiv eingreifen kann, wenn Zeichen der Aktivierung oder Rezidivierung eintreten. — Die Methode der Wahl soll, — außer bei leichter Zugänglichkeit der Uterushöhle Vielgebären-



der in den ersten Monaten, wo die digitale Ausräumung ohne Narkose möglich ist, — die Kolpotomia anterior sein. Um sich vor jedem unnötigen Blutverlust zu sichern, könne man dabei den Momburgschen Taillenschlauch umlegen, als Narkose verwende man die Lumbalanästhesie. Die Frage der gleichzeitigen tubaren Sterilisierung beantwortet M. dahin, daß dieselbe prinzipiell nur bei Pluriparen zulässig sei und auch da nur temporär. M. will dies dadurch erreichen, daß er einen uterinen Tubenstumpf erhält, an dem später einmal eine Stomatoplastik gemacht werden könne. — Die in neuerer Zeit von verschiedenen Seiten empfohlene Totalexstirpation von schwangerem Uterus und Ovarien, resp. die Exzision der Plazentarstelle per vaginam (oder in den späteren Monaten per laparotomiam, v. Bardeleben — Ref.) oder auch die supravaginale Amputation seien bei Pluriparen mit beschränkter Herderkrankung, bei aktiver Tuberkulose in den ersten Schwangerschaftsmonaten als berechtigt anzuerkennen. R. Klien-Leipzig.

Martin, Franklin H. (Chicago), **Gymnastische und andere mechanische Mittel in der Behandlung der Enteroptose.** (Surg., Gyn. and Obst. 1912, Aug.)

Thure Brandt redivivus, aber wissenschaftlicher. M. betont vor allem die schweren anatomischen Veränderungen, welche sich bei Jahre lang bestehender Enteroptose entwickeln können. Es sind Schlingen- bezw. Knickbildungen des Darms an besonderen Prädilektionsstellen, so am Endstück des Ileums (Lanes Kink), am Pylorus, am Übergang des Duodenums ins Jejunum, am Zoekum bezw. Appendix, am Mittelstück des Kolon transversum, bei Lebersenkung auch am Duktus zystikus. Wenn sich außerdem an diesen Knickstellen entzündliche Prozesse abspielen, so kommt es zu bandartigen Verwachsungen, wodurch diese Schlingen in ihrer Lage fixiert werden. Diagnostizieren lassen sich derartige Zustände durch Röntgenaufnahmen bei verschiedener Körperlage. Zu helfen ist hier nur operativ. Als Nachbehandlung jedoch, und in Fällen ohne fixierende Verwachsungen als Behandlung sui generis empfiehlt M. zweierlei: einmal die Anwendung des Planum inclinatum. Dabei rutschten die gesenkten Eingeweide von selbst, der Schwere nach, an ihre alten Stellen; vor dem Aufstehen wird eine Heftpflasterbinde oder eine andere Bandage angelegt, welche das Wiederherabtreten der Eingeweide verhindert. Zweitens wird, ebenfalls auf dem Planum inclinatum, durch geeignete gymnastische Übungen sowohl die Bauch- und Beckenmuskulatur als auch die des Rückens usw. systematisch geübt und gestärkt. Im Ganzen kommen etwa 7 recht einfache Übungen in Frage, welche abgebildet sind. Sie müssen täglich 15—20 Minuten lang exerziert werden. M. ist mit den Resultaten dieser event. kombinierten chirurgisch-gymnastischen Methode sehr zufrieden; etwa 80% Heilungen. Besonders gut gelinge es auch, die charakteristische Kleinheit des oberen Abdomens und unteren Brustkorbes — entstanden durch das Leerwerden dieser Partien von Eingeweiden — zu beseitigen. R. Klien-Leipzig.

Rowlette, Robert J. (Dublin), **Vakzinebehandlung des Puerperalfiebers.** (J. of. Obst. and Gyn. 1912, Juni pag. 319.)

Die Versuche, das Puerperalfieber mit Vakzinen zu behandeln, gehen nach den kurzen historischen Bemerkungen R.s in England und Amerika bis ins Jahr 1908 zurück. Die Erfolge, so schwer sie zu beurteilen sind, waren keine ungünstigen, so daß sich R. veranlaßt sah, eigne Erfahrungen zu sammeln und zwar in dem Rotundahospital in Dublin, Während anfangs einige Male käufliche Stammvakzine verwendet wurde, wurden später durchgehends autogene Vakzinen hergestellt, aber nur 5 mal an der Spenderin selbst verwendet. Die übrigen erhielten die von den anderen Frauen gewonnenen Vakzinen, die also für die Behandelte nicht autogen war. Bei den Streptokokkenfällen wurden als Anfangsdosis $2^1/_2$, später $5—7^1/_2$, ausnahmsweise sogar 10 Millionen Kokken injiziert. Die 24 Stunden alten Kulturen waren mittels 1% Lysol in physiologischer Kochsalz-



lösung abgetötet worden. Bei den Staphylokokkenfällen wurde mit 20—25 Millionen Kokken begonnen und bis auf 50 Millionen gestiegen. Die Injektionen wurden subkutan gemacht, nie wurden stärkere Lokalreaktionen beobachtet. Trat Fieber oder Störung des Allgemeinbefindens ein, so wurde das auf Überdosierung geschoben. — 31 Streptokokkenfälle wurden behandelt, jeder durchschnittlich mit 3,3 Injektionen. 3 starben und zwar eine Frau an Peritonitis infolge gangränöser Appendizitis, eine mit vorgeschrittener Phthise hatte eine Mischinfektion von Streptokokken und Bakt. koli gehabt, war aber allein mit Streptokokkenvakzine behandelt worden. Die dritte Frau starb vielleicht deshalb, weil die autogene Vakzine ausging, bei der Sektion fand sich ein Lungenabszeß. — Nie hatte die Injektion irgendwelchen Schaden gestiftet. Der Erfolg war mitunter ein eklatanter, wie aus beigegebenen Kurven ersichtlich ist. In der Mehrzahl der Fälle trat nach mehrmaligen Injektionen Besserung ein, die in Heilung überging. In einem Fall trat Wirkung erst ein, als gleichzeitig Antistreptokokkenserum injiziert wurde. — 8 Staphylokokkenfälle erhielten je 1—6 Injektionen. Eine Frau starb trotzdem an Pyämie infolge Thrombose der Ovarialvenen. R. glaubt, daß gerade in solchen Fällen die Vakzination vergeblich ist. — Die immerhin nicht ungünstigen Erfahrungen sollen vermehrt werden. R. Klien-Leipzig.

Hannes, Walter, Die körperliche Entwicklung der Frucht in ihrer Beziehung zur berechneten Schwangerschaftsdauer. (Aus d. Univ.-Frauenklin. in Breslau.) (Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. 1912, 71. Bd., H. 3.)

H. weist an dem Material der Breslauer Klinik die schon zu rechter Zeit vergeblich betonte Unzulänglichlichkeit der Bestimmung der längstmöglichen Schwangerschaftsdauer zu 302 Tagen im BGB. nach. Ähnlich wie schon v. Winckel festgestellt hat, kamen etwa 50 % (bei v. Winckel 72 %) der überschweren Kinder jenseits des 280. Schwangerschaftstages zur Welt. Andererseits kamen von den regelrecht entwickelten auch 46 % jenseits des 280. Tages zur Welt. Es wurden Schwangerschaften bis zu 330 Tagen beobachtet. Sehr beachtlich ist die Tatsache, daß 14 % der überschweren Kinder schon nach mehr weniger erheblich verkürzter Tragezeit ihre exzessive Entwicklung erreichten (gegenüber 11,7 % überschweren Kindern, welche über 300 Tage getragen wurden). Von den zur Zeit der Geburt nur eben regelrecht entwickelten Kindern waren 7 % über 300 Tage getragen worden, 21 % hatten schon nach mehr weniger erheblich verkürzter Tragezeit die Reife erlangt. Demnach ist es keineswegs gerechtfertigt, im konkreten Fall aus der Tatsache der übermäßigen körperlichen Entwicklung allein ein Übertragen anzunehmen oder gar infolge dieser körperlichen Beschaffenheit eine verkürzte Tragezeit für ausgeschlossen zu erklären. Es wird der ärztliche Sachverständige, je erfahrener und überlegter er ist, vor Gericht um so häufiger zu einem non liquet kommen. Es wird die offenbare Unmöglichkeit, daß ein Kind aus dieser oder jener Kohabitation stamme, bei genügender ärztlicher Kritik nicht häufig zu erweisen sein. Auch nicht übermäßig entwickelte Kinder können beträchtlich länger als 302 Tage getragen worden sein. Man bedenke z. B. folgenden Fall: Ein nach 280 Tagen Tragezeit gebornes Kind von 4250 g würde am 238. Tag fast 3000 g wiegen, am 252. Tag rund 3700 g. — Auch die Körperlänge kann nicht mehr als eine so sichere Konstante angesehen werden, wie das bisher fast allgemein üblich war. Die überschweren Kinder der Breslauer Klinik hatten eine durchschnittliche Länge von 53 ½ cm. Ein solches Kind, 6 Wochen zu früh geboren, würde eine Länge von 51½ cm aufweisen. — Nie und nimmer sollte mehr eine Hebamme in dieser Frage als Sachverständige vernommen werden, nur als Zeugin.

R. Klien-Leipzig.

Jaeger, A. S., Ueber die Wirkungen des Corpus luteum-Extraktes. (The Gaz. 1912, 36. Bd., pag. 461.)

Die Wirkungen des Corpus luteum-Extraktes sind nach den Beobachtungen J.s — Ref. kann dies nur bestätigen — durchaus nicht die gleichen



wie die eines Extraktes des gesamten Eierstockes. Ersterer wirkt sowohl bei künstlicher Menopause als auch bei den Beschwerden der natürlichen Klimax und bei Beschwerden, die überhaupt mit einer gestörten Eierstocksfunktion zusammenhängen, viel besser als letzterer. Zur Erklärung weist J. darauf hin, daß die Pubertät zusammenfällt mit der beginnenden Menstruation bezw. Ovulation, also mit dem Eintritt der Bildung von Corpp. lut. und von Luteinzellen. Gerade diesen letzteren schreiben ja bekanntlich eine ganze Reihe von Autoren die Bildung von bestimmten in den Kreislauf tretenden Stoffen zu. Hört die Ovarialtätigkeit plötzlich oder allmählich auf, so verschwinden mehr oder weniger gewisse spezifisch weibliche Züge und die betr. Frau nähert sich wieder dem neutralen Typus. Man könne es so verstehen, daß gerade Corpus luteum-Extrakt bei gewissen Zuständen von evidenter Wirkung ist. Derartige Zustände seien: Ausfallserscheinungen nach Entfernung nur eines Eierstockes (J. behandelte 11 derartige Fälle mit 6 Heilungen, 2 Besserungen; 3 mal versagte das stets verwendete Präparat von Parke, Davis u. Co.); Ausfallserscheinungen nach Entfernung beider Eierstöcke (9 Fälle mit 4 Heilungen, 2 Besserungen, 1 mal kein Erfolg, 2 Verschlechterungen mit eintretender Tachykardie); Fälle von Menopause (14 mit 6 Heilungen, 2 Besserungen; 6 mal kein Erfolg); als letzte Gruppe werden 17 Fälle verschiedener leider nicht näher definierter Ovarialleiden mit 5 Heilungen angeführt. Von Nebenerscheinungen wurde besonders oft die schon erwähnte Steigerung der Pulsfrequenz (bis 132) beobachtet. (6 Fälle werden ausführlicher besprochen.)

R. Klien-Leipzig.

Psychiatrie und Neurologie.

Santrot, A. (Paris), Contribution à l'étude des formes de la paralysie générale (Beitrag zum Studium der Formen der progressiven Paralyse). (Thèse de Paris 1912.)

Verfasser gelangt in seiner Arbeit zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die expansive Form der progressiven Paralyse scheint beim Manne entgegen der Annahme mancher Psychiater nicht abzunehmen.
2. In dem Milieu, in dem Verfasser seine Beobachtungen anstellen konnte, ist sie entschieden die häufigste.
3. Die sogenannte demente Form ist in demselben Milieu bei weitem geringer. Verfasser fand sie bei drei Frauen, deren Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt werden.

K. Boas-Straßburg i. E.

Biltz, E. (Lübeck), Die progressive Paralyse und ihre forensische Würdigung. (Inaugural-Dissertation Kiel 1912.)

An Hand zweier Fälle von Dementia paralytica erörtert Verfasser die zivil- und strafrechtliche Bedeutung der Paralyse, die in dem einen Falle zur Einleitung der Entmündigung, in dem anderen zur Freisprechung auf Grund des § 51 R. Str. G. B. führte.

K. Boas-Straßburg i. E.

Weill, E. et Mouriquand, G. (Lyon), Un cas de „purpura fulminans" de Henoch. (Arch. de méd. des enfants 1911, No. 8.)

Bei einem sechs Monat alten gesunden Kind, das seit 10 Tagen lediglich an unbestimmter Darmstörung erkrankt ist, bricht plötzlich eine Infektion aus, die zu Anbeginn lediglich durch Fieber und starke Tachykardie charakterisiert ist. Acht Stunden ungefähr nach dem initialen Augenkrampf treten zwei Purpurflecke punktförmig am Abdomen auf. Die Flecke vervielfältigen und verbreiten sich mit unglaublicher Geschwindigkeit, so daß das Kind nach Ablauf von zehn Stunden über und über mit großen ekchymotischen Gebilden bedeckt ist und 15 Stunden nach Beginn der Erscheinungen zu Grunde geht.

Es handelt sich um eine Purpura fulminans Henoch. Die Geschwister hatten 13 Tage zuvor Mumps gehabt, die jedoch nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft mit der vorliegenden Erkrankung nicht in Zusammenhang zu bringen ist.

K. Boas-Straßburg i. E.



Ziehlke, W., Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie des Hydrocephalus chronicus. (Inaug.-Dissertation Kiel 1912.)

Nach einer ausführlichen Schilderung des gegenwärtigen Standes der Lehre vom Hydrocephalus schildert Verfasser ausführlich zwei derartige Fälle. Anamnestisch kam in beiden Fällen Lues in Betracht. Ein im zweiten Falle später erfolgter Unfall macht Verfasser nicht für die Erkrankung verantwortlich. Im ersten Fall trat im 5. Lebensjahre eine „Gehirnentzündung" auf, die Verfasser jedoch nicht als das Primäre, sondern als Sekundärerscheinung auffaßt. K. Boas-Straßburg i. E.

Kurpjuweit, Unfall und Entzündung der Gehirn- bezw. Rückenmarkhäute. (Ärztl. Sachverständigen-Zeitg. 1911, XVII. Jahrg. Nr. 21.)

1. In dem vorliegenden Falle treffen den Beschuldigten im Abstande von mehreren Jahren zwei beträchtliche Kopftraumen. Schon an das erste schließen sich nennenswerte nervöse Störungen an, die aber als Unfallfolge nicht anerkannt werden. Im Gefolge der zweiten Verletzung treten die Erscheinungen eines Wunderysipels und einer Nephritis auf. Diese heilt wieder aus, die nervösen Beschwerden verschlimmern sich, nach 3 Jahren tritt der Tod ein. Bei der Obduktion findet sich eine Pachymeningitis chron. fibrosa und Schrumpfniere. Das Gutachten führt aus, daß die Hirnhautaffektion Unfallfolge, die chronische Nephritis durch den Unfall verschlimmert worden sei, der Tod ist daher indirekt auf den zweiten Unfall zurückzuführen. Bewilligung einer Hinterbliebenenrente.

2. Der Unfall besteht in einem Sturz von einer Schiffstreppe und Auffallen aufs Knie. Im Anschluß daran entwickelt sich eine Querschnittsmyelitis, die unter Hinzutreten von Dekubitus zum Tode führt. Bei der Sektion des schon hochgradig faulen Kadavers werden Veränderungen chronisch-entzündlicher Art an der Dura mater spinalis gefunden, keine Veränderungen oder Verletzungsfolgen im Wirbelkanal. Da der Betreffende vor Jahren an einem Schanker gelitten hat, wird, trotzdem Wassermann negativ war und auch eine Jod-, bezw. Quecksilbertherapie keinen Erfolg hatte, ätiologisch eine vorangegangene Lues angenommen. Die Erkrankung sei schon vor dem Unfalle dagewesen, durch diesen aber verschlimmert worden. Der Tod sei eine unmittelbare Folge des Unfalles. Hinterbliebenenrente.

H. Pfeiffer-Graz.

Eulenburg, Tetanie nach elektrischem Trauma? (Ärztl. Sachverständigen-Zeitg. 1912, XVIII. Jahrg., Nr. 1.)

Ein Sägearbeiter fährt, ohne daß ein Übergehen von Strom auf seinen Körper mit Sicherheit erweisbar wäre, bei einem heftigen Blitz von seinem Arbeitsplatz zurück, erkrankt zwei Tage später unter lebhaft gesteigerter mechanischer Erregbarkeit seiner Nerven bei klarem Bewußtsein und normaler Temperatur und verscheidet einige Tage später. Der behandelnde Arzt faßt die Steigerung der mechanischen Nervenerregbarkeit als Trousseausches Phänomen auf, stellt, ohne die Anwesenheit anderer Symptome dieser Erkrankung zu suchen, die Diagnose Tetanie und führt sie, sowie den Tod auf den elektrischen Unfall zurück. Verfasser stellt in seiner Mitteilung dar, wie die Diagnose Tetanie keineswegs feststeht, da das Erbsche und Chvostecksche Phänomen nicht sichergestellt worden sei, auch das Auftreten von Tetanie nach elektrischen Insulten noch niemals beobachtet worden ist und hält eher dafür, daß die tödliche Erkrankung eine Meningitis gewesen sei, wie solche nach Starkstromeinwirkungen ja vorkommen. Der ganze Hergang läßt mit Sicherheit das Vorhandensein eines elektrischen Unfalles überhaupt nicht annehmen. Wie der Fall liegt, ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den Vorgängen während des Gewitters, der Erkrankung und dem Tode nicht erwiesen, und auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. H. Pfeiffer-Graz.

Remus, A. (Köln a. Rh.), **Die Aetiologie der Chorea minor.** (Inaug.-Dissert) Berlin 1911.)

In 173 Fällen von Chorea minor fand Verfasser folgende ätiologische Momente:

Ätiologie	mit	ohne	Summa
Rheumat. Affektion	23	20	43
Angina	7	12	19
Sonstige Affektionen	6	12	18
Spontane Endocarditis . . .	20	—	20
Schreck usw.	—	11	11
Gravidität	3	3	6
Ohne Ätiologie	—	16	16
Gesamtsumme	57	74	133 + 8 Hysterie-Choreas.

Zusammenfassend sagt Verfasser am Schluß:

Ein neuropathisch belastetes Kind bekommt während der kalten Jahreszeit nach einer Infektionskrankheit im Anschluß an ein psychisches Trauma eine Chorea minor. K. Boas-Straßburg i. E.

Struyken (Breda), **Die translaterale Alkoholeinspritzung bei Neuralgien des Trigeminus.** (Monatsschr. f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinologie XLVI 1912, Heft 5.)

Verfasser hat in einigen Fällen die Alkoholinjektion durch das Foramen rotundum ins Ganglion Gasseri gemacht und schildert in ausführlicher zu kurzem Referat nicht geeigneter Weise seinen Modus procedendi. Die Furcht der Chirurgen vor der Eröffnung des Antrums bei der Neurektomie des Trigeminus erscheint dem Verfasser nach den Erfahrungen in seinen Fällen, in denen ausnahmslos ungestörte Wundheilung eintrat, übertrieben. Die Vorteile des von ihm geübten Verfahrens bestehen darin, daß man ohne Gefahr vor ernster Nebenverletzung den zweiten Ast und vielleicht auch das Ganglion Gaßeri durch Einspritzung genau in der Richtung der Nervenfasern vernichten kann. K. Boas-Straßburg i. E.

Minea, J. et Rallovici, A. (Bukarest), **Sur l'influence de l'opothérapie parathyroïdienne sur la régénérescence des nerfs sectionnés chez les animaux thyréoparathyreoïdectomisés (Ueber den Einfluß der Nebenschilddrüsentherapie auf die Regeneration der bei thyreoparathyreoidektomierten Tieren durchschnittenen Nerven).** (Comptes rendus de la Société de Biologie 1912, No. 19.)

Die Verfasser beobachteten, daß nach Darreichung von künstlichen Nebenschilddrüsen die durchschnittenen Nerven bei Tieren, denen die Epithelkörperchen entfernt wurden, sich zu regenerieren beginnen, während das ohne dem nicht der Fall ist. K. Boas-Straßburg i. E.

Marx, H. (Heidelberg), **Ueber den galvanischen Nystagmus.** (Zeitschr. für Ohrenheilkunde u. d. Erkrankungen der Luftwege 1911, LXIII, H. 3.)

Zusammenfassung:

1. Aus der galvanischen Untersuchung können wir keine Schlüsse auf die Beschaffenheit des Labyrinthes ziehen.

2. Mit unseren heutigen Untersuchungsmethoden ist es unmöglich, Erkrankungen des physikalischen Übertragungsapparates und des physiologischen Nervenapparates des Vestibularisorgans differentialdiagnostisch zu trennen. K. Boas-Straßburg i. E.

Marinè, C., Sexuelle Frühreife, Verbrechertum, Epilepsie. (Archivio di antropologia criminale XXXI, Fasc. 6.)

Ein 13jähriger Junge, der bereits wiederholt mit Prostituierten Geschlechtsverkehr gehabt, unternahm nach einem Koitus im Bordell einen



Angriff auf eine Dirne und verletzt diese mehrfach mit einem Rasiermasser. Die Untersuchung ergab, daß der jugendliche Verbrecher einer stark belasteten Familien, in der Psychosen und Alkoholismus vorgekommen waren, entstammte und nach dem körperlichen und psychischen Befund zu den Degenerierten und Epileptischen zu rechnen war. Auf die Tat war ein Zustand von Bewußtlosigkeit und Hinstürzen auf die Erde gefolgt.

K. Boas-Straßburg i. E.

Augenkrankheiten.

Dutoit, A. (Montreux), Klinische Beobachtung von sechs Fällen von Neuritis optica infectiosa bei Masern, bei Scharlach bei Typhus abdominalis und bei Influenza. Archiv für Augenheilkunde 1912, LXXI. Bd., H. 1.)

Die Neuritis optica ist eine Lokalisation der Influenza; die Erkrankung des Sehnerven führt, je nach ihrer Intensität, zu einigen Allgemeinerscheinungen, welche teils Zeichen einer hämatogenen Infektion, teils aber Zeichen einer zerebralen Reizung sind. K. Boas-Straßburg i. E.

Dutoit, A. (Montreux), Beobachtung einer Papillitis der Sehnerven während zwei Jahren. (Arch. f. Augenheilkunde 1911, LXIX. Bd., H. 4, S. 379.)

In denjenigen Fällen, in welchen sich nach einer Trepanation die schon vorhandene Stauungspapille, zugleich mit einer Zunahme des Sehvermögens, rasch zurückbildet, bleibt diese Besserung der Funktion von Bestand; in allen denjenigen Fällen aber, in welchen nach dem operativen Eingriff vorerst gar keine Änderung des ophthalmoskopischen Bildes eintritt, ferner bei chronischem Verlauf der Stauungspapille überhaupt, verdient die Besserung der Funktion kein Vertrauen; denn in diesen letzteren Fällen befindet sich das Papillengewebe im Stadium des persistierenden oder indurierenden Ödems, welches später einen Rückbildungsprozeß erleidet und darum die Integrität der Sehnervenfasern ständig bedroht.

K. Boas-Straßburg i. E.

Medikamentöse Therapie.

Herzenberg, R. Weitere Untersuchungen über die Wirkungen von Narcotica-Antipyretica-Kombinationen. (Zeitschr. f. experimentelle Pathologie u. Therapie 1911, 8. Bd.)

Die sogenannten Fiebernarkotika unter den Antipyretica ergeben bei gleichzeitiger Einfuhr in den Organismus eine einfache Addition ihrer narkotischen Einzeleffekte.

Mit Narcoticis der Fettreihe gepaart, verhalten sich die narkotischen Eigenschaften der gleichen Substanzen ebenfalls additiv.

Bei Kombination von Morphium mit diesen Substanzen (auch mit Antipyrin) findet eine nicht hochgradige Potenzierung der Einzelwirkungen statt. Chininkombinationen konnten nicht vollständig durchgeprüft werden, da die anderen pharmakologischen Eigenschaften des Chinins zu sehr störten.

Die narkotischen Eigenschaften der Antipyretica treten immerhin durch die Kombination deutlicher zu Tage, besser, als wenn die Mittel für sich allein in doppelten oder noch höheren Dosen gegeben werden. Speziell bei der Paarung von Morphium mit antipyretischen Arzneien wird beim Kaninchen auch eine qualitativ bessere Narkose erzielt, als wenn jede der Substanzen — also auch das Morphium — für sich allein gegeben wird.

Trotzdem, die Morphiumkombinationen ausgenommen, durch Kombination nur additive Wirkungen zu stande gekommen sind, gilt doch auch für diese Gruppe die folgende, schon mit anderen Substanzen gemachte Beob-



achtung, geht man mit der Dosis des einen Mittels nahe an die minimal narkotisierende heran, so braucht es von der zweiten Substanz nur noch ein verschwindend kleines Minimum, um die Wirkung zu vervollständigen.

K. Boas-Straßburg i. E.

Mouneyrat, A., Ueber neue schwefelhaltige Arsenpräparate, welche die intramuskuläre oder subkutane Injektion in löslicher Form ermöglichen, und den Grund der Giftigkeit des Salvarsans. (Sep.-Abdr. aus dem Journ. de Médecine Interne 1912, 19. Febr.)

M. glaubt, daß die Salvarsan-Todesfälle Mängeln des Präparats zugeschrieben werden müssen und durch Verordnung anderer Arsenpräparate vermieden werden können. Der Bericht über seine übrigens noch nicht abgeschlossenen Versuche muß schon im Original nachgelesen werden; er bewegt sich mehr auf dem Gebiet der Chemie als der Medizin.

Fr. von den Velden.

Makler. S, Versuche mit Jodostarin. (Inaug.-Dissertation, Zürich 1912.)

Jodostarin ($C_{18}H_{32}J_2O_2$) ist eine Dijodverbindung der Tairinsäure. Es ist eine luft- und lichtbeständige, geschmacklose kristallisierende Substanz, welche sich in Wasser nicht, wohl aber in allen Fettlösungsmitteln auflöst. Eine solche Lösung, dem Lichte exponiert, scheidet allmählich Jod aus.

Vom Speichel, Magensaft und Pepsin wird es in vitro nicht verändert, hingegen konnte bei Einwirkung von Trypsin eine geringe Jodabspaltung nachgewiesen werden.

Per os verabreicht läßt sich schon nach kurzer Zeit eine Jodausscheidung im Harn feststellen. Ferner erscheint auch Jod bald im Speichel, Schweiß, in den Haaren und in den Nägeln. Es wird somit rasch resorbiert. Die Höhe der Ausscheidung ist großen individuellen Schwankungen unterworfen. Die Gesamtausscheidung kann etwa 88 % des verabreichten Jods erreichen. Ein Teil des verabreichten Jods findet sich in den Fäzes, wobei auch hier bezüglich der Mengen beträchtliche individuelle Abweichungen beobachtet wurden. Endlich wird ein Teil des in Form von Jodostarin verabreichten Jodes im Körper retiniert.

Das Präparat wird gerne genommen und im allgemeinen gut vertragen.

K. Boas-Straßburg i. E.

Vergiftungen.

Pirrie, R., Nitroglyzerinvergiftung. (Practitioner 1912, Februarheft.) (Nach Les nouveaux remèdes 1912, Nr. 16, p. 384.)

Nitroglyzerin, Glyzerintrinitrat, $C_3H_5(NO_3)_3$, ist in Dynamit und anderen Sprengstoffen zu 25 bis 90 % enthalten.

Verfasser macht von neuem auf die Gefahr aufmerksam, die beim Hantieren mit nitroglyzerinhaltigen Sprengstoffen drohen, die von Bergleuten usw. beim Einfahren in die Schächte gegen den Körper gedrückt oder in der warmen Hand gehalten werden, um die Sprengstoffe zu erweichen und ihnen die gewünschte Form zu geben. Hierbei kann Nitroglyzerin durch die Haut eindringen (oder durch die Lungen eingeatmet werden).

Bei den bekannten Giftwirkungen des Nitroglyzerins auf den Blutfarbstoff (Methämoglobinbildung) und Blutdruck müssen die Sprengstoffe, anstatt durch die Hände, durch geeignete Apparate erweicht und geformt werden.

E. Rost.

Rost, E. und **Gilg, E.** (Berlin). **Der Giftsumach, Rhus toxicodendron L., und seine Giftwirkungen.** (Bericht d. deutsch. pharmazeutischen Gesellsch. 1912, Bd. 22, S. 296.)

In einem für den preußischen Fiskus, als Besitzer des Königlichen Botanischen Gartens in Berlin-Dahlem, von Rost erstatteten Gutachten ist



der experimentelle Beweis geführt worden, daß die durch den Giftsumach entstehende Hautentzündung (Kombination von Ekzem und Erysipel) nicht durch Luftübertragung entstehen kann. Es ist in jedem Fall ein direkter oder indirekter Kontakt mit der Pflanze nötig, wobei Personen oder Gegenstände, die mit dem Strauch oder Teilen desselben in Berührung gekommen waren, Träger des hautreizenden Gifts sein können.

Die Verfasser konnten den Nachweis führen, daß die Härchen, die die Blätter zahlreich bedecken, sich spontan nicht ablösen und daß sie überdies keine echten, sekretabscheidenden Drüsenhaare sind, wie sie die Primula obconica auszeichnen.

Der Giftstoff des Rhus toxicodendron ist in der die Pflanze in allen Teilen (Wurzel, Stamm, Zweige, Blätter, Blüten; nicht aber Blütenstaub) in Harzgängen durchsetzenden Harzemulsion enthalten; es ist also die Berührung nicht unbedingt gefährlich, sondern nur dann, wenn eine Stelle berührt wird, an der durch Bruch oder Schnitt die anfänglich weiße, später sich wie Lack schwärzende Harzemulsion zu Tage getreten ist, und insbesondere wenn geknickte oder sonst verletzte Blätter berührt werden. Der Blütenstaub erzeugt auf der Haut keine Dermatitis.

Der Giftsumach darf hiernach in Botanischen Gärten angepflanzt werden, wenn das Publikum nur — wie dies wohl überall geschieht — durch ein Schild mit deutlich erkennbarer Aufschrift auf die Gefährlichkeit jeder Berührung der Pflanze hingewiesen wird.

Durch diese Untersuchung ist der in den Vereinigten Staaten von Amerika heimischen Pflanze das Rätselhafte genommen worden; sie ist des Unheimlichen entkleidet, das ihren Wirkungen nach zahlreichen früheren Mitteilungen anhaften sollte.

Sämtliche der von den Verfassern zu den Versuchen herangezogenen Personen erwiesen sich als empfänglich für den Giftstoff der Pflanze; es kann jede (unverletzte) Hautstelle erkranken. Die Erkrankung befällt die Epidermis, bleibt streng lokalisiert und tritt nur da auf, wo Giftstoff hingebracht wird. Die Dermatitis ging in allen Fällen ohne Nacherkrankung, ohne Rezidiv und Narbenbildung vorüber. Nierenreizung und Drüsenschwellung wurden niemals beobachtet.

Die von Pfaff und Chesnut empfohlene Behandlung, Abreiben, Betupfen mit einer in verdünntem Spiritus gesättigten Bleizuckerlösung, der später Umschläge mit essigsaurer Tonerde oder Salbenverband folgen dürfen, hat sich aufs beste bewährt und hat die heftigen Juckschmerzen stets prompt beseitigt.

Der Abhandlung sind 35 den Habitus, die Härchen, die Harzgänge der Pflanze und verschiedene Stadien der Rhus-Dermatitis illustrierende Abbildungen beigegeben. E. Rost.

Bücherschau.

Buchner. G., Angewandte Ionenlehre für Studierende, Chemiker, Biologen, Aerzte u. a. (München, J. F. Lehmann. 1912. Preis 3 Mk.)

Wer die allgemeinen Grundlagen seines ärztlichen Wissens vor 1890 gelegt und seitdem keiner Revision unterzogen hat, wird erstaunt sein, durch dieses Buch, dessen wissenschaftlichen Wert Referent nicht zu beurteilen vermag, zu erfahren, wie sehr sich seit dieser Zeit die Anschauungen in der Chemie und Elektrizitätslehre und z. T. auch in der Physiologie geändert haben. Manches Rätselhafte wird durch die neuen



Theorien verständlich, natürlich entstehn aber für ein gelöstes Rätsel zwei neue, und die neuen Rätsel sind meistens komplizierter als die alten zu sein schienen. Zur Anwendung auf die Medizin des praktischen Arztes scheinen dem Referenten die neuen Anschauungen nur sehr teilweise reif zu sein, doch möge jeder versuchen, was ihm von physikalischen und chemischen Kenntnissen durch den Gebrauch lebendig geworden ist, durch das Studium des Buches zu berichtigen und zu erweitern. Der Respekt vor dem unbegreiflichen Getriebe des Organismus wird ihm durch diesen Zuwachs eher zu- als abnehmen. Fr. von den Velden.

Bresler, J. (Lüben i. Schl.). **Deutsche Heil- und Pflege-Anstalten für Psychischkranke in Wort und Bild.** II. Band. Halle a. S. Carl Marhold, Verlagsbuchhandlg.

Schlöß, H. (Wien), **Die Irrenpflege in Oesterreich in Wort und Bild.** (Ebda.)

Das Breslersche Werk, dessen erster Teil den Teilnehmern des IV. internationalen Kongresses für Geisteskranke 1910 als Festgabe dargeboten wurde, ist durch das Erscheinen des vorliegenden zweiten Bandes nunmehr komplett geworden. Es berücksichtigt in erster Linie staatliche, provinzielle und städtische Anstalten, in zweiter Linie Privatanstalten für Psychischkranke, wobei es in der Natur der Sache liegt, daß letztere nicht samt und sonders Berücksichtigung finden können. Die betreffenden Anstalten werden teils durch die Direktoren resp. Oberärzte, teils durch deren Erbauer in Wort und Bild dargestellt. Die psychiatrischen Kliniken sind in das Werk nicht mit aufgenommen, vermutlich aus dem Grunde, weil Cramer sie im Klinischen Jahrbuch 1910 ebenfalls aus Anlaß des oben erwähnten Kongresses zum Gegenstand einer ausführlichen Abhandlnug gemacht hat. Obgleich bei der Multiplizität der Verfasser das Werk den Charakter der heute vielfach verfehmten „Sammelwerke“ trägt, macht es einen durchaus homogenen Eindruck, wobei es wenig ins Gewicht fällt, daß nach dem Empfinden des Referenten manche Darstellung etwas zu ausführlich, manche zu kurz geraten ist. Auch in der Schilderung der Anstalten selbst machen sich einige greifbare Unterschiede bemerkbar, die jedoch für die Beurteilung der Gesamtleistung bedeutungslos sind. Das deutsche Anstaltswesen darf auf dieses Werk, das aus seinem Schoße hervorgegangen ist, stolz sein! Möge es dazu beitragen, in weite Kreise des Publikums, in den noch immer veraltete Anschauungen über das Irrenwesen spuken, Aufklärung hineinzutragen und ihnen zu veranschaulichen, daß die Irrenanstalt im Prinzip nichts anderes ist als ein Krankenhaus.

Dem Breslerschen Unternehmen stellt sich ebenbürtig das Schlößsche Werk zur Seite. Dieselben Vorzüge gelten auch für dieses. Auch hier ist besonderer Wert auf die illustrative Seite des Unternehmens gelegt, so daß man die Anstalten und Abteilungen förmlich vor sich sieht.

Der Verlagsbuchhandlung gebührt für die luxuriöse Ausstattung beider Werke lebhafte Anerkennung. K. Boas-Straßburg i. E.

Nitzelnadel, Therapeutisches Jahrbuch (XXII. Jahrgang). (**Verlag Franz Deuticke, Leipzig u. Wien.**)

Umsonst hat dieses kleine handliche 336 Seiten starke Büchlein in Rocktaschenformat nicht seinen 22. Jahrgang erlebt. In überaus klarer, sachlicher Form werden im diagnostischen Teil z. B. eine neue Methode der Lungenspitzenperkussion, die Diagnose von Pankreastumoren, von Skabies usw. beschrieben. Im zweiten therapeutischen Teil liest sich durchweg angenehm das Kapitel der Diätetik der Arteriosklerose, der Behandlung der Nährschäden der Säuglinge, die Antikolehydraternährung bei dem Darmkatarrh der Kinder, die Wehenschwächenbeeinflussung durch Pituitrin, die Indikationen der Karellschen Milchkur. Die Gichtbehandlung mit Radium und Atophan, die hydromeschanische Behandlung der Ischias, die Behandlung der Tuberkulose. Fast möchte man kein Kapitel unerwähnt lassen. Man sieht, daß ich es nicht unterlassen konnte, viele Kapitel aufzuzählen. Im dritten kurzen Kapitel wird dann noch eine Auswahl gut bewährter neuerer Mittel gebracht. Dieses Büchlein macht sich selbst Propaganda.

Giesel-Braunschweig.

Druck von Julius Beltz, Hofbuchdrucker, Langensalza.




Generated on 2018-02-03 22:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b4096083
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google





